

# LEGEKUNSTEN

NR 2/ 26 36 ÅRG.

— MEDLEMSBLAD FOR PRAKTISERENDE SPESIALISTERS LANDSFORENING —



## Tema: E-helse i små helsevirksomheter

KI i helsetjenesten  
– kommunikasjon,  
kompetanse og legerollen  
side 6

Valg av EPJ –  
tidsreisen tilbake  
til forrige årtusen  
side 15

Bestillerkompetanse:  
Hvordan unngå dyre  
feilkjøp i IT-hverdagen  
side 18

# Velkommen til vårkurs og årsmøte!



**22.–23. april 2027**

Hotel Norge by Scandic  
Nedre Ole Bulls plass 4, 5012 Bergen

*Velkomstmiddag onsdag 21. april.*

**Sett av  
datoen!**

Foto: Alessandra Renda | Unsplash

PSL takker for rekordoppmøte i Oslo og ønsker  
velkommen til Bergen i 2027! Mer info kommer.

# INNHold

NR 2 • 2026

**04** Brev fra PSL-leder

**05** Redaktørens ord

## NYHETER/AKTUELT

**06** KI i helsetjenesten: Kommunikasjon, kompetanse og legerollen

**09** Hva er egentlig Normen – og hvorfor trenger vi den?

**12** På tide å ta KI-førerkortet?

**15** Valg av EPJ – tidsreisen tilbake til forrige årtusen

**18** Bestillerkompetanse for avtalespesialister: Hvordan unngå dyre feilkjøp i IT-hverdagen

**20** Samarbeidsinitiativ – gå sammen om løsningene

**22** Helsenorge – personvern til besvær

**24** Forskningsstipend 2026 – årets tildelinger

**25** Felles styremøte med Overlegeforeningen

**26** Deltakerrekord på PSLs vårkurs og årsmøte

**28** Nye PSL-ere på vårkurs

**30** Du ble ikke spesialist for å jobbe med HMS

**32** Overgangen til ICD-11 i Norge

**34** Hacking, KI og smartere arbeidsfly: Høydepunktene fra Infobruk-konferansen 2026

## FORENINGSMO

**35** Oversikt over styret, sekretariatet og tillitsvalgte

**36** Annonse



### UTGIVER

Praktiserende Spesialisters  
Landsforening

### ANSVARLIG REDAKTØR

Lene Sogaard Gloslie  
lene.gloslie@legekunsten.no  
T: 984 77 368

### REDAKSJONSRAAD

Yngvild Skåtun Hannestad  
Tor Grøndahl  
Alexander Stefou  
Pål Alm-Kruse

### BIDRAGSYTERE I DENNE UTGAVEN

Geir-Erlend Myhre Johansen  
Steinar Overbeck Cook  
Terje Storvik  
Ellen Jaatun  
Hilde Kalleklev  
Svein Ove Semb  
Yngvild Skåtun Hannestad

### FORSIDE:

Foto: Erik Karits | Pixabay

### ANNONSER

Aksell | Birgitta Lindahl  
birgitta.lindahl@aksell.no

1/1 side: 11 800,- eks mva  
1/1 side – bakside: kr. 13 800,- eks mva  
1/2 side: 6 800,- eks mva  
1/3 side: 4 800,- eks mva

### UTGIVELSESDATO:

1-2026 18. mars  
2-2026 17. juni  
3-2026 16. september  
4-2026 16. desember

### MATERIELLFRISTER:

1-2026 18. februar  
2-2026 14. mai  
3-2026 19. august  
4-2026 18. november

### GRAFISK DESIGN OG TRYKK

Aksell

### LEGEKUNSTEN

Medlemsblad for Praktiserende  
Spesialisters Landsforening (PSL)

# Digitaliseringens tid

Jeg er – som de fleste av PSLs medlemmer – gammel nok til å ha rikelig med minner fra den tiden da dokumentasjon i helsetjenesten ble gjort på papir. Vi har opplevd å springe rundt og lete etter papirjournaler som lå på skrivestuen og måtte hentes frem når en pasient ble reinnlagt akutt, gjerne uten at forrige notat var ferdigskrevet. Vi har opplevd kassettbånd som røk når man satt der er midt på natten for å diktere innkomstjournalen. Og skrekken var en tykk papirjournal som falt i gulvet så rekkefølgen på arkene kom i uorden.

Spranget derfra til dagens elektroniske systemer er helt enormt. Dagens EPJ legger til rette for løpende dokumentasjon, trygg lagring av informasjonen og mulighet for kommunikasjon med andre deler av helsetjenesten som var vanskelig å forestille seg der vi satt med papirbunkene våre.

Flere store nasjonale e-helseløsninger er satt i gang eller er under utvikling, løsninger som kan gi viktig kvalitetsheving i helsetjenestene, slik som Kjernejournal, Pasientens legemiddelliste, pasientens prøvesvar og dokumentdeling. Og de forskjellige EPJ skal integreres i løsningene. Det er utfordrende å få flere forskjellige mindre systemer eller løsninger til å kommunisere med hverandre, men det synes mer fornuftig enn å lage store systemer som skal romme alt.

## Legeårsverk SSB

Ifølge SSB har antallet legeårsverk i avtalespesialistordningen økt fra 777 i 2015 til 808 til 2024 – det vil si en økning på 4 % (31 personer). I samme tidsrom er antallet avtalte legeårsverk i spesialisthelsetjenesten ellers økt fra vel 15 000 til vel 19 000. Det vil si ca. 27 % økning (4000 årsverk).

Allikevel står avtalespesialistene for henholdsvis 22 og 23,5 % av de polikliniske ytelsene innen somatikk og psykisk spesialist helsevesen.

Gode digitale verktøy kan gi gevinster i form av effektivisering og trygghet – dårlige systemer blir til tidstyver og kilder til frustrasjon. Når nye løsninger skal utvikles må også vi som er spesialister utenfor sykehus være på banen. Brukerperspektivet er svært viktig og flere PSL-medlemmer har vært aktive bidragsytere i utviklingen av nye prosjekter. Det er stadig behov for noen som kan spille inn hvilke særegenheter det er ved arbeidsformen i spesialistpraksis – spesialister kan ha andre ønsker til funksjonalitet enn fastlegene har.

Med på lasset i digitaliseringen har vi fått økende krav til dokumentasjon, økt mulighet for kontroll og komplekse regelverk. Når man driver egen praksis har man et ansvar for datasikkerheten i egen virksomhet som kollegene på sykehus slipper å reflektere over på samme måte. Den enkelte virksomhet – oftest oss som enkeltleger - inngår avtaler med Norsk helsenett, EPJ-leverandører og andre IT-aktører. Vi må velge pålitelige aktører – og må stole på at alle disse gjør jobben sin i tråd med de sikkerhetskrav som finnes. Og i egen praksis må vi ta jobben med å lage gode rutiner for å øke datasikkerheten lokalt. Mange som var på vårkurs ble nok litt skremt av å høre hvor mange muligheter det er for å bli lurt til å slippe hackere inn i egne systemer. Vi bør også ha en plan for hvordan vi skal håndtere



Foto: Thomas B. Eckhoff

situasjonen hvis EPJ-systemet er ute av drift.

Ingen av oss som har opplevd papirjournalene ville skrudd tiden tilbake om det hadde vært en mulighet. Digitaliseringen gir enorme muligheter selv om det følger med nye sårbarheter. PSL-styret håper at det aktuelle nummeret av Legekunsten er til både opplysning og inspirasjon!

*Yngvild Skåtun Hannestad*  
Leder

---

# Redaktørens ord

---

Årets PSL vårkurs og årsmøte gikk av stabelen i april og kunne notere seg for rekorddeltakelse. Leder i PSL, Yngvild Skåtun Hannestad, i samarbeid med styret i PSL, kunne lose over 200 nye og erfarne PSL-ere gjennom et godt og variert program – der temaene knyttet til kunstig intelligens og IT-sikkerhet ble stående som en vekker for mange.

E-helse i små helsevirksomheter er også hovedtemaet i denne utgaven av Legekunsten. Det er behov for mer kunnskap, samtidig er særlig KI i helsetjenesten i en utprøvningsfase der spørsmålene er mange. Teknologioptimist eller skeptiker – det vil være tilnærmet umulig å forbli uberørt av KI i legehverdagen. Mange teller på knappene om de skal investere i KI-verktøy, mens andre allerede har kastet seg på bølgen. KI-førerkeretet, som Stiftelsen Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL) står bak, lanseres til høsten. Det vil gi deg den nødvendige kunnskapen for å ta beslutningen.

Den KI-informerte pasienten og utbredelsen av KI i samfunnet ellers vil få betydning for pasientkommunikasjon og legerollen, der legens rolle som pedagogisk navigatør, ifølge førsteamanuensis Heidi Gilstad ved NTNU, vil bli viktig. Allerede i dag viser forskning på helsekommunikasjon at deler av kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasienter handler om å oppklare misforståelser som pasienten har med seg. Hvem som har den riktige kunn-

skapen – legen, KI eller pasienten kan bli et hyppig diskusjonstema på legekantoret.

For å ta gode beslutninger om anskaffelse eller bytte av EPJ-system, er bestillerkompetanse vesentlig, for å unngå dyre feilkjøp. Hva det innebærer, men også hvilke fallgruver som venter på den som er ute i det ærendet, forteller dataingeniør Steinar Overbeck Cook mer om i saken «Valg av EPJ – tidsreisen tilbake til forrige årtusen». Det ble som tittelen antyder, langt fra en enkel reise, men derimot en reise som avdekket både Reodor Felgen-løsninger, spørsmålet om hvem som eier dataene og erfaringen av at EPJ er lukkede systemer som vil eie alt og dele lite.

I så måte er samarbeid for å lære av hverandre viktig å ivareta, spesielt for små helsevirksomheter uten egen IT-sjef. Ved Asker Hudlegekontor har Per Helsing gått foran med et initiativ som flere kan dra nytte av innen sin spesialitet eller sitt geografiske område. Ved overgangen til nytt EPJ-system inviterte Helsing leverandøren og andre hudlegekontor til seminar og felles læring. Sosialt og hyggelig ble det også da ti hudlegekontor møttes til samling!

Normen er selve bransjestandarden for IT-utvikling innen helsetjenesten. Med andre ord ingen lov, men en standard som er i utvikling. Ikke bare sykehus, men også små helsevirksomheter benytter Normen som



retningslinje. Hva Normen er – og hvorfor vi trenger den, vil Helsedirektoratets Geir-Erlend Myhre Johansen fortelle mer om.

Byen er Bergen når PSLs vårkurs skal arrangeres den 22.–23. april neste år. Sett av datoen allerede nå og få med deg årets viktigste samling for private spesialister med eller uten offentlig avtale!

Ønsker dere alle en riktig god sommer!

*Lene Sjøgaard Gloslie  
Redaktør Legekunsten*

# KI i helsetjenesten: Kommunikasjon, kompetanse og legerollen

KI kommer for fullt i helsetjenesten, med løfter om forenkling og effektivisering. I tråd med utviklingen vil også KI-informerte pasienter gjøre sitt inntog på legekontoret. Dette stiller nye krav til legen som pedagogisk navigatør. For hvem sin kunnskap og kompetanse skal gjelde når KI har andre svar enn legen?

Heidi Gilstad, førsteamanuensis og studieprogramleder for Master i språk og kommunikasjon i profesjoner ved Institutt for språk og litteratur ved NTNU, har helsekommunikasjon høyt på sin faglige agenda. Samtaler i helsetjenesten, hva som står på spill for pasientene, men også for leger og helsepersonell er sentrale spørsmål for kommunikasjonsforskeren.

– Det er beskrevet mange fordeler med KI i helsetjenesten, som presis diagnostikk, bedre beslutningsstøtte til personell, forenklet logistikk og automatisering av administrative oppgaver. Samtidig er det forventet at KI kan bidra til å sette innbyggere bedre i stand til å følge opp sin egen helse. Som Helsedirektoratet sin «Felles KI-plan for trygg og effektiv bruk av KI i helse og omsorgstjenesten» tilsier, vil KI i helsetjenesten føre til økt, eller ny KI-kompetanse blant befolkningen, sier Gilstad, som presiserer at KI ikke kun har positive sider.

– Som kommunikasjonsforsker tenker jeg at KI gir mange utfordringer knyttet til kommunikasjon og etikk. Helt overordnet er tillit et av spørsmålene som bør diskuteres.



**KI gir mange utfordringer knyttet til kommunikasjon og etikk**

## **Tillit til diagnostikk**

– I bruk i helsetjenesten er KI på utprøvningsstadiet, og så nytt at ingen egentlig har full oversikt. Det første spørsmålet vi bør stille oss handler derfor om vi kan ha tillit til diagnostikk som er generert av KI, sier Gilstad.



**Vi vet ikke hva KIs kunnskapsinnhenting baseres på, og det oppgis ikke referanser**

Et KI-system mates med data, henter og genererer nye svar. Imidlertid har vi som brukere ikke oversikt over hva resonnementene baseres på, og hvilke kilder KI har benyttet. Dette omtales som «svarte bokser» – vi

vet ikke hva KIs kunnskapsinnhenting baseres på, og det oppgis ikke referanser. Spørsmålet er da om man kan stole på at svarene, resonnementene er korrekte.

– Vi tenker at vi har kontroll, men har vi det? KI i bruk i helsetjenesten handler om hvordan man skal anvende systemer som baserer seg på KI-teknologi i diagnostisk virksomhet og i EPJ-systemer. Vi mer håper enn vet at de med solid techkompetanse har innsikt i dette med «svarte bokser». Foreløpig har vi ingen oversikt over skillet mellom de med høy techkompetanse og vanlige folk sin forståelse og bruk av KI, og hva som kommer ut av KI-generert tekstmateriale.

## **Helsekompetanse – og teknologisk utenforskap**

– Det tilbys etter hvert mange tjenester som er basert på KI. De fleste av oss begynner å bli vant til å bruke slike tjenester, og har opparbeidet oss en kritisk distanse til det vi leser. Men det er fortsatt grupper i samfunnet som ikke har opparbeidet slik kompetanse, eller vil kunne tilegne seg dette. Det innebærer at tilgjengelighet og brukervennlighet for pasientene på sikt vil kunne svekkes, og at teknologisk utenforskap for enkelte grupper vil kunne

bli en enda større utfordring med KI, sier Gilstad.

– Digital kompetanse blir en nødvendig del av pasientens helsekompetanse. Pasientene må kunne vite hvor de skal henvende seg for å få informasjon, men også kunne forstå informasjonen og bruke den til fordel for egen helse. Det handler om alt fra de enkleste ting, til diagnostikk og medikamentforståelse.



## Digital kompetanse blir en nødvendig del av pasientens helsekompetanse

Gilstad påpeker at noen grupper alltid vil falle utenfor når det gjelder språk og forståelse av majoritetskommunikasjonen. Når det gjelder KI i helsetjenesten vil dette kunne være krevende for de som normalt opplever mestring, noe som innebærer at minoritetsgrupper kan falle enda mer utenfor her.

### «Epistemic justice» – og den informerte pasient

KI endrer ikke bare helsetjenesten. Også pasientene har tilgang til KI, og stiller informert på legekantoret. Gilstad erfarer fra sin forskning at pasientene gjerne går til legen for å avstemme at diagnosen de selv har kommet frem til er den riktige. «Epistemic justice» er et begrep som handler om hvem sin kunnskap som skal gjelde. Er det helsepersonellens, pasientens eller KI sin kunnskap som vinner frem?



## Hvem skal ha ansvar for å beslutte noe om helse, basert på hvilken type kunnskap, og hvem kan pasienten stole på?



Heidi Gilstad, førsteamanuensis og studieprogramleder for Master i språk og kommunikasjon i profesjoner ved Institutt for språk og litteratur ved NTNU. Foto: Elin Iversen

– Fra min forskning viser det seg at deler av kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasienter handler om å oppklare misforståelser som pasienten har med seg. Det kan føre til diskusjoner om hvem sin kunnskap som er den riktige. For pasienten har dette konsekvenser som handler om ansvar og trygghet i beslutninger om helse. Hvem skal ha ansvar for å beslutte noe om helse, basert på hvilken type kunnskap, og hvem kan pasienten stole på?, spør Gilstad.

### Legen som pedagogisk navigatør

Gilstad mener at det vil bli økt behov for den pedagogiske rollen og de kommunikative oppgavene som tilligger leger og helsepersonell, og at dette kan bli en problemstilling som kan forandre legehverdagen.

– Selv om man foreløpig ikke benytter KI på eget legekantoret, vil det være umulig å forbli uberørt, så lenge resten av verden benytter, og påvirkes av KI. Legens rolle som pedagogisk navigatør og formidler

av ekspertkunnskap blir viktig. Dette innebærer å kvalitetssikre informasjonen, og oversette eller avlære feilaktig eller misforstått KI-generert kunnskap hos pasientene, men også å forhandle om hvilken kunnskap som skal gjelde.



## Selv om man foreløpig ikke benytter KI på eget legekantoret, vil det være umulig å forbli uberørt

– Legen må kunne kartlegge hva pasienten kan, og ikke kan – og det er begrenset hva man får tid til i løpet av en konsultasjon – men det vil være viktig å få et inntrykk av hva pasienten kan gjennomføre selv, og hvilken forståelse de har av et behandlingsløp. For legene handler det om hvordan kan de kan sikre



tilstrekkelig helsekompetansenivå hos pasientene. Og hvordan sårbare grupper kan inkluderes. Helsekommunikasjon blir mer komplisert jo mer KI-informert verden blir, sier Gilstad.



## Helsekommunikasjon blir mer komplisert jo mer KI-informert verden blir

### Personvern og legens rolle

Med KI må helsetjenesten være veldig observant på personvern og ivaretagelse av personopplysninger. Her mener Gilstad at helsepersonell vil innta en rolle som advokater for personvernet til pasienten. For pasienten er viktige etiske spørsmål i spill.

– I systemene, for eksempel i Helseplattformen, skal all informasjon om den enkelte pasienten være samlet på ett sted. Pasientene har ikke oversikt over sikkerhet knyttet til sine helseopplysninger, men skal ha tilgang til sin helseinformasjon i appen HelsaMi. I kommunikasjonen mellom pasient og lege, vil legen ha en rolle i det å veilede pasienten om forståelse og bruk av eventuell KI-generert informasjon. Spesielt viktig blir det å beskytte personsensitive opplysninger. Dette vil være en del av rollen som pedagogisk navigatør.

### Sikre egen kompetanse

For legene har også spørsmålet om hvordan de sikrer ivaretagelse av egen kompetanse, og hindrer kompetansetap gjennom bruk av KI, blitt aktualisert.

– Mens tale til notat-løsninger forenkler hverdagen og bidrar til effektivitet, er det en kjensgjerning at det å skrive bidrar til bearbeiding av stoffet, noe som igjen kan bidra til å holde kunnskap ved like. Journalnotater generert av KI vil man gå igjennom og dobbeltsjekke etter konsultasjonen, samtidig kan teksten som er skrevet av KI brukes til pasientinvolvering i praksis. Ved å la pasienten lese teksten som er



Fra Institutt for språk og litteratur ved NTNU. Foto: Heidi Gilstad

generert, kan legen kvalitetssikre kommunikasjonen sammen med pasienten. Pasienten kan bekrefte eller avkrefte opplysningene, og får tilgang til å eie sin egen helseinfo. Dette er et eksempel på en form for kvalitetssikring som kunne implementeres i EPJ-systemet, og hakes av, sier Gilstad.

### Fagspråket

– En av de store problemstillingene når det gjelder digitalisering og tilgjengelighet for pasienten er hvordan legen skriver. Når leger skriver for kollegaer, bruker de et helt eget lingo og fagspråk. Forenkles da språket om de vet at pasienten skal lese det? Utvannes det da, og mister presisjon?

Det har begynt å komme noen empiriske studier på hvordan språkbruken har utviklet seg. Et eksempel er skrivning av prøvesvar. Laboratoriet ved St. Olavs skriver prøvesvar, som sendes til HelsaMi. Leger har selv identifisert at medisinske begrep og formuleringer som benyttes kan være uforståelige for pasienten. De har derfor utviklet en løsning som gir forklaringer på hva prøvesvarene betyr.

– Det er behov for empiriske studier på hvordan KI brukes i

helsetjenesten, på hvordan KI inngår i muntlige samtaler og hvordan KI brukes til å produsere skriftlig tekst. Mye i dag er basert på synsing. Dette må forankres i forskning. Det ville være spennende med et forskningsprosjekt på utviklingen i bruk av KI på legekontor. Mange problemstillinger som man ikke har helt oversikt ennå vil kunne virvles opp gjennom empirisk forskning, sier Gilstad.

### Teknologioptimist eller skeptiker?

Gilstads råd til leger, både de som foreløpig har inntatt en avventende holdning til KI, og de som er godt i gang, er å forberede seg på det som kommer.

– Mitt råd er å være litt forberedt på trykket som kommer. Fra pasientene, men også fra offentlig sektor generelt. Digitaliseringsministeren har nedfelt at alle i offentlig sektor skal ta i bruk KI innen 2030, og teknologioptimismen blant politikerne er stor. Det er utvilsomt at vi kan stå overfor store endringer i løpet av kort tid. Når det gjelder pasientene, tror jeg det er et godt råd å innta en pedagogisk rolle, og være observant på hva pasienten har av kunnskap, og å veilede og lære pasienten å stille seg kritisk til informasjon fra KI, avrunder Gilstad.

# Hva er egentlig Normen – og hvorfor trenger vi den?

Vi er godt inne i den digitale tidsalderen, og helse- og omsorgssektoren er en av de mest digitaliserte sektorene i samfunnet. Helseopplysninger deles hver eneste dag på kryss og tvers av sektoren – enten det er epikriser, prøvesvar, røntgenbilder eller måleresultater fra undersøkelser.

AV: GEIR-ERLEND MYHRE JOHANSEN, SENIORRÅDGIVER OG LEDER FOR SEKRETARIATET FOR NORMEN (NORM FOR INFORMASJONSSIKKERHET OG PERSONVERN I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN), AVDELING SEKTORRETTET DIGITAL SIKKERHET, HELSEDIREKTORATET

Det er langt på vei slutt på tiden hvor pasienter måtte reise mellom sykehus og spesialist med papirer, CD-er eller minnepinner i hånden. Informasjonen sendes nå digitalt, ofte på sekunder. Det har gjort hverdagen enklere både for pasienter og helsepersonell, og bidrar til raskere og bedre behandling.

**Men ingen digital utvikling kommer uten risiko.**

Digitaliseringens bakside er økt risiko for at uvedkommende kan få tilgang til sensitive opplysninger – enten ved feil, uhell eller gjennom målrettede cyberangrep.



**Digitaliseringens bakside er økt risiko for at uvedkommende kan få tilgang til sensitive opplysninger**

Informasjonssikkerhet og personvern handler derfor ikke lenger bare om at ingen skal overhøre en samtale på legekantoret, eller en avglemt journal i kantina. I dag handler det også om å beskytte opplysninger i et stort og komplekst digitalt økosystem.



Geir-Erlend Myhre Johansen, seniorrådgiver og leder for sekretariatet for Normen (Norm for informasjonssikkerhet og personvern i Helse- og omsorgssektoren), Avdeling sektorrettet digital sikkerhet, Helsedirektoratet. Foto: Privat

Helse- og omsorgssektoren er dessverre ikke fredet i den digitale konflikten som foregår i cyberdomenet.

## **Kriminelle og trusselaktører**

Et eksempel er angrepet mot arbeids- og inkluderingsbedriften Astero i Molde i 2024.



**Helse- og omsorgssektoren er blitt et mål for angripere som ønsker å tjene penger på stjålne data**



Datautpressere fikk tilgang til store mengder informasjon og publiserte deler av den på internett. Dokumentene inneholdt blant annet CV-er, kontoutskrifter, legeerklæringer og brev til NAV med sensitive helse- og personopplysninger om navngitte personer.

Denne typen hendelser viser at også helse- og omsorgssektoren er blitt et mål for angripere som ønsker å tjene penger på stjålne data. Og angriperne skiller sjelden mellom store og små virksomheter. Får de tilgang, forsøker de ofte å utnytte situasjonen.

I tillegg til kriminelle aktører finnes det også statlige trusselaktører. Dette kan være etterretnings- og sikkerhetstjenester fra andre land eller grupper som arbeider på deres vegne. Målet deres er ofte å samle informasjon som kan brukes strategisk, politisk eller økonomisk. Trusselen fra slike aktører vurderes som betydelig, og land som Russland, Kina, Iran og Nord-Korea trekkes ofte frem som aktive i cyberdomenet.

### Hvordan kan vi da beskytte oss?

Her kommer Norm for informasjonssikkerhet og personvern inn.

Normen er ikke en lov i seg selv, men er en felles bransjestandard for helse- og omsorgssektoren. Mange virksomheter bruker den som grunnlag for sitt sikkerhetsarbeid – enten det er små legekontor, kommunale tjenester, private aktører eller store sykehus.



## Normen er ikke en lov i seg selv, men er en felles bransjestandard for helse- og omsorgssektoren

Normen er bygget opp som en praktisk oppskrift på hvordan virksomheter skal jobbe sikkert og lovlig med helseopplysninger. Den oversetter kompliserte lover og regler til konkrete råd som er enklere å forstå og bruke i praksis.

I helse- og omsorgssektoren har man jobbet systematisk med informasjonssikkerhet og personvern i mange år, og Normen har vært et

viktig verktøy i dette arbeidet. Den første versjonen ble publisert for snart 20 år siden, og siden den gang har Normen utviklet seg i takt med både teknologi, lovverk og trusselbildet.

### Praktisk oppskrift

Normen kan forklares som en praktisk oppskrift på hvordan virksomheter skal jobbe sikkert og lovlig med helseopplysninger. Den oversetter kompliserte lover og regler til konkrete råd som er enklere å forstå og bruke i praksis.



### Skann QR-koden



Skann QR-koden for å lese mer på [Normen.no](https://normen.no)

Denne oversettelsen trenger vi for å tolke og etterleve regelverk som GDPR, pasientjournalloven og helseregisterloven på en helhetlig måte. Normens viktigste oppgave er å hjelpe helsepersonell og helsevirksomheter med å forstå hva kravene faktisk betyr for dem i hverdagen.

Normen beskriver blant annet:

- hvordan ansatte skal få tilgang til pasientopplysninger
- hvordan informasjon skal deles sikkert
- hvordan virksomheter skal håndtere avvik og dataangrep
- hvilke krav som gjelder for passord, logging og tilgangsstyring
- hvordan man bygger en god sikkerhetskultur

Kort fortalt handler Normen om å sikre at helseopplysninger:

- bare er tilgjengelige for dem som trenger dem
- ikke kommer på avveie
- er korrekte
- er tilgjengelige når de trengs, for de som trenger dem

### Risikobasert tilnærming

Et viktig prinsipp i Normen er at arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern skal være risikobasert. Det betyr at sikkerhetstiltak må vurderes opp mot virksomhetens størrelse, behov, verdier og risiko. En liten klinikk skal ikke nødvendigvis ha de samme sikkerhetsmekanismene som et stort sykehus, men begge må ha et bevisst forhold til hvilke opplysninger de behandler, hvilke konsekvenser et avvik kan få, og hvilke tiltak som er nødvendige for å beskytte informasjonen. Nettopp denne risikobaserte tilnærmingen er en av grunnene til at Normen fungerer like godt for små virksomheter som for store og komplekse organisasjoner.

Et enkelt bilde på Normen er å se den som et kart i den digitale helsetjenesten. Lovene sier hvor vi skal, mens Normen hjelper oss med hvordan vi kommer dit på en trygg måte.



## Et enkelt bilde på Normen er å se den som et kart i den digitale helsetjenesten

I en tid hvor cyberangrep, datalekkasjer og digitale trusler blir stadig mer alvorlige, skal Normen bidra til mer enn praktiske råd og veiledning om teknologi og regelverk. Den skal understøtte tilliten til helse- og omsorgssektoren ved å bidra til at helseopplysninger behandles trygt, forsvarlig og med respekt for pasientens personvern.



## Tillit er selve grunnmuren i helsetjenesten – og uten god informasjonssikkerhet og personvern vil tilliten svekkes

Tillit er selve grunnmuren i helsetjenesten – og uten god informasjonssikkerhet og personvern vil tilliten svekkes. Pasienter må kunne stole på at helseopplysningene deres behandles sikkert – både når de deles mellom helsepersonell, lagres digitalt og brukes i moderne helsetjenester.

### Veiledning i trygg bruk av KI

Avslutningsvis er det viktig å understreke at Normen ikke bare er laget for store sykehus og komplekse IT-miljøer. Mange av utfordringene knyttet til informasjonssikkerhet og personvern finnes også hos små helsevirksomheter – hvor tid, ressurser og teknisk kompetanse ofte er begrenset.

Derfor er det utviklet faktaark og veiledere som skal gjøre det enklere for små aktører å ta i bruk ny teknologi

på en trygg måte. Et aktuelt eksempel er faktaarket om trygg bruk av kunstig intelligens i dokumentasjon av helsehjelp, spesielt rettet mot såkalte «tale-til-utkast»-løsninger.

Faktaarket er laget for å gi praktiske råd til små helsevirksomheter som ønsker å bruke slike løsninger uten å gå på kompromiss med personvern, taushetsplikt eller informasjonssikkerhet.

Det handler blant annet om:

- hvilke vurderinger som bør gjøres før man tar i bruk løsningen
- hva man må tenke på rundt lagring og behandling av helseopplysninger
- hvilke krav som stilles til leverandører
- hvorfor helsepersonell alltid må kvalitetssikre innholdet KI lager
- hvordan man kan bruke teknologien på en trygg og ansvarlig måte

Bakgrunnen er at stadig flere helsevirksomheter tar i bruk KI-verktøy i journalføring og dokumentasjon, samtidig som helsemyndighetene understreker behovet for tydelige rammer og sikker bruk.

For mange små virksomheter kan slike faktaark være forskjellen mellom å stå alene i møte med kompliserte teknologiske og juridiske spørsmål – og å få konkrete, forståelige råd som gjør det mulig å ta i bruk ny teknologi på en trygg måte.

Du kan lese mer om Normen og faktaarkene på Normen.no

### KI i dokumentasjon av helsehjelp



Skann QR-koden for å lese faktaarket  
Trygg bruk av KI i dokumentasjon av  
helsehjelp (tale-til-utkast)  
– Helsedirektoratet

# På tide å ta KI-førererkortet?

Teknologioptimist eller skeptiker – behovet er der for mer kunnskap om KI-verktøy. Til høsten lanserer SKIL et kurs som kvalifiserer deg for bruk av KI i praksisen.

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

– Mange leger opplever at de ikke kan nok om KI og derfor vil vente med å ta det i bruk. Det mener vi er en klok vurdering. KI er et nytt arbeidsverktøy som vi ikke kjenner fra før, og som mange har behov for å lære mer om. Et apropos er at vi ofte ser at det er de som kan mest om KI som også er de mest skeptiske. Grunnen er nok at de som kan mye, også ser hvordan KI kan brukes feil – og at utviklingen går veldig fort, sier Ingvild Vatten, fagsjef i Stiftelsen Senter for Kvalitet i Legetjenester (SKIL).

Oppfordringen fra Vatten er klar: Meld deg på kurs, lær om KIs fordele og ulemper, og praktisk bruk av KI i praksisen. Først da har du et reelt grunnlag for å bestemme deg om og hvordan du vil bruke KI-verktøy i klinisk praksis.



**KI gir gjerne overbevisende argumenter, men har også vist seg å hallusinere frem referanser og svar, noe som kan gi opphav til mange feil**

## Feilkilder og risiko ved KI

– Når det gjelder KI i klinisk praksis tenker mange på «tale til notat». Men hva skjer videre? Når KI tråler



Møt teknologien med kunnskap – ta KI-førererkortet. Illustrasjon: SKIL

gjennom alle journaler, og gir forslag til behandling og diagnose, kan resultatet se tilforlateg og riktig ut. KI gir gjerne overbevisende argumenter, men har også vist seg å hallusinere frem referanser og svar, noe som kan gi opphav til mange feil.

Vatten understreker betydningen av at leger er klar over at KI hallusinerer, og derfor vil kunne komme opp med resonnementer som ikke stemmer etter å ha trålet gjennom en tekstmengde.

– Kan legen være sikker på at han kan stå inne for de feilene som kan oppstå om KI-agenten presenterer behandling og diagnose – og legen ikke har tid til å ettergå opplysningene?

Felleskatalogen har forsøkt KI, og har gått bort fra det. Det viste seg at KI ikke klarer å lese tabeller, slik at KI

ikke kan hente opp riktige beskrivelser av ulike doseringer.

– Dette er potensielt farlig, og noe man har måttet ta bort. Strukturen i Felleskatalogen må endres om KI skal benyttes, sier Vatten, som legger vekt på å kontrollere opplysningene KI gir.

## Automatiseringsbias og negasjonsfeil

– Det å kontrollere er viktig, ikke minst siden vi ikke spør KI om det vi allerede vet. Faren ligger i at det oppstår et automatiseringsbias. Det innebærer at vi etter hvert aksepterer svarene KI gir. Etterkontrollen kan vi dermed bli svakere og svakere på.



**Det å kontrollere er viktig, ikke minst siden vi ikke spør KI om det vi allerede vet**

## KI-vettregler



Skann QR-koden for å lese om KI-vettregler på [Helsedirektoratet.no](https://helsedirektoratet.no).



Ingvild Vatten, fagsjef i SKIL. Foto: SKIL

En annen feilkilde det er viktig å være bevisst på, er at KI ikke nødvendigvis forstår negasjoner.

– KI kan utelate ordet «ikke», og negasjonsfeil er blant de vanligste feilene vi ser. I tillegg kan både tidsangivelser, fakta og relasjoner gjengis feil. Allikevel skriver KI som om den vet det riktige svaret. Et eksempel er negasjonen: «Mannen røyker ikke» – der KI ikke plukker opp negasjonen og presenterer mannen som røyker. Slik produseres følgefeil som blir med videre i systemet, forteller Vatten.

### Risiko for økt kognitiv belastning

– Å slippe å skrive notater fører til redusert kognitiv belastning, og tillater legen å fokusere på pasienten. Men hva hvis den tiden du sparte fører til at du tar inn flere pasienter, og dermed legger til rette for økt kognitiv belastning og utbrenthet i stedet? Spør Vatten, som mener at leger også bør reflektere over

muligheten for at KI kan tilføre en økt byrde.



Når KI overtar oppgaver kan det føre til en økt byrde, i og med at de oppgavene du kunne hvile deg i tidligere forsvinner

– Når KI overtar oppgaver kan det føre til en økt byrde, i og med at de oppgavene du kunne hvile deg i tidligere forsvinner. Tiden du brukte på å sette deg inn i ulike pasientsaker kortes ned, og når tenkejobben forsvinner, kan det føre til et større arbeidspress. Sånn sett kan det gå litt fort i svingene for noen, sier Vatten,

som også minner om faren for at pasientinfo går i glemmeboken.



Når man ikke har skrevet notatet selv, husker man også mindre av konsultasjonen

– Når man ikke har skrevet notatet selv, husker man også mindre av konsultasjonen. Vi bearbeider informasjon når vi skriver, det er en tenkejobb som også påvirker hva vi husker. Et kjent fenomen som man også bør være seg bevisst, er «deskillings», som innebærer at ferdigheter som ikke brukes, de tapes, sier Vatten, og legger til:

– Når det gjelder spesialister i privat praksis med og

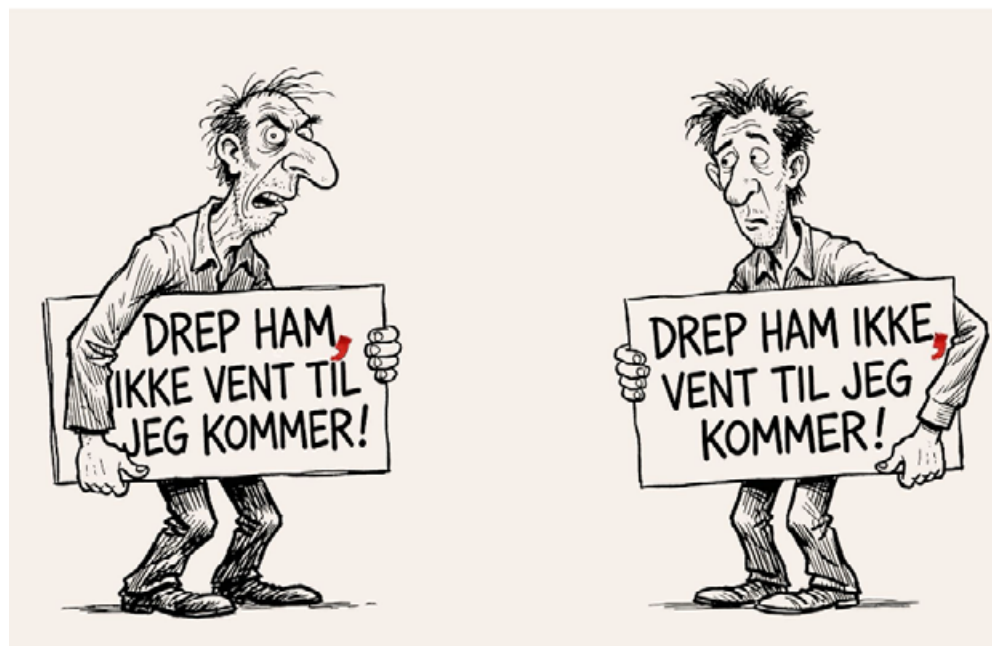


uten offentlig avtale bestemmer de selv hvilke verktøy de skal bruke – og kan styre det selv. Det gjelder å finne ut hva som passer for en selv – og ens arbeidsmetode.

### Avventende holdning

– I et marked med manglende regulering har mange små leverandører av KI-verktøy benyttet mulighetsrommet og slått seg opp. I hvilken grad de har forholdt seg til informasjonssikkerhet og personvern varierer, og det er særlig «tale til notat» som har funnet veien til allmenn- og avtalespesialistpraksis. De store leverandørene på sin side har ventet, og avventet regelverket som vil komme, forteller Vatten.

–Vi i SKIL mener også at KI må brukes på en klok måte, og at spørsmål om rettferdighet bør reises. Forsterker KI ulikhet i hvordan vi prioriterer helse-tjenester? Dette handler om hvilket materiale og hvilke pasientgrupper KI



En liten feil kan gi store følgefeil. Fra kurset KI-fører kortet. Illustrasjon: SKIL

er øvet på. Vi vet at språkmodellene ikke er trent på minoritetsgrupper, og prioriterer pasienter som er gode

til å formulere seg. Det har vist seg at KI i USA får en rasistisk bias, sier Vatten.

## Kursets oppbygning

Kurset består av tre bolker, som til sammen utgjør 15 timer, fordelt på 5 timer på hver kursbolk. Hver bolke startet med e-læring, som tar om lag 2 timer. Når du har fått den teoretiske kunnskapen på plass, er det tid for å gå i kollega-grupper der dere kan diskutere hva KI betyr for klinisk praksis – og for egen praksis.

– Siden de fleste av oss ikke har en IT-sjef som kan fortelle oss hva som er lurt å gjøre, må vi finne ut av det selv. Og det gjør vi best sammen med gode kollegaer. Derfor følges hver bolke av et kollegamøte, forteller Vatten.

### Kursbolkene

Den første bolken svarer på hva KI er, og hvordan KI kan brukes på en slik måte at vi ivaretar vårt ansvar som helsepersonell. For person-

vern, informasjonssikkerhet og pasientsikkerhet.

Den andre kursbolk utforsker det etiske og juridiske regelverket. Altså regelverket som helsepersonell er omfattet av, og der noen regler forsterker hverandre, mens andre går på tvers av hverandre. Et KI-regelverk, EU forordningen, som er den europeiske reguleringen av kunstig intelligens, er ennå ikke implementert i Norge, men forventes innført i august 2026.

Målet med bolken er å forstå hva som er farlig, hvor risikoene, men også hvor gullgruvene ligger, og hvorfor leger skal bruke KI.

Den siste bolken omfatter bærekraft i helsetjenesten, og helsemessige implikasjoner av bruk av KI.

### Praktisk og konkret

Det teoretiske grunnlaget vil åpne for en etisk og filosofisk diskusjon. Samtidig er kurset praktisk, og deltakerne vil få konkrete arbeidsoppgaver – og blant annet øve på å skrive en prompt.

– Vi vil se på hva konsekvensene av bruk av KI kan være, hvordan det kan dra oss ut på ville veier, og blant annet styre fortolkningen av konsultasjonen – og forstås videre i systemet, der feil videreføres. Som leger er vårt verktøy skriftlig, vi leser og noen tolker. Da er det viktig å være klar over feilkilder og muligheter for at feil forplanter seg videre i systemet, sier Vatten, som ønsker alle leger som ønsker kunnskap om KI velkommen til kurs.

# Valg av EPJ – tidsreisen tilbake til forrige årtusen

Jeg har drevet med utvikling og drift av programvare i mange år, og har for det meste jobbet med administrative systemer som ERP (store økonomisystemer), elektronisk fakturering (EHF) og lignende.

AV: STEINAR OVERBECK COOK, DATAINGENIØR, BALDER PROGRAMVARE AS

Høsten 2025 ble jeg engasjert for å bistå et konsern av private spesialisthelseklinikker med å finne et nytt elektronisk pasientjournalssystem som erstatter det gamle, som ikke lenger støttes av leverandøren. Et vesentlig poeng var at utskiftingen av EPJ skulle gjøres som en del av en større digitaliseringsstrategi.

Det høres tilsynelatende ut som en enkel rutineoppgave: samle inn kravene, lag en kravspesifikasjon, test systemene og velg det beste.

## Så enkelt var det ikke.

Vi kontaktet alle de norske EPJ-leverandørene vi mente kunne være aktuelle kandidater for konsernet vårt. Dessverre kunne det virke som om alle legevakter, kommuner og bedriftshelsetjenester var ute i samme ærend som oss. Responsen var derfor noe blandet, men det skal jeg la ligge.

## Hvordan vi grep prosessen an

Når man skal sammenligne systemer som er svært ulike under panseret, holder det ikke å be hver leverandør beskrive sine egne fortreffeligheter. Da vurderer man markedsføring, ikke funksjonalitet. Vi valgte derfor å utarbeide standardiserte, leverandørnøytrale testskript: konkrete, klinisk og administrativt forankrede arbeidsoppgaver som hvert system skulle løse på like vilkår. Hvordan registreres en ny henvisning? Hvordan håndteres et helt pasi-

entforløp fra første konsultasjon til fakturering? Hva skjer når data skal ut av systemet igjen? De samme oppgavene, stilt til alle, gjør at man faktisk sammenligner epler med epler.



De samme oppgavene, stilt til alle, gjør at man faktisk sammenligner epler med epler

Det er verdt å merke seg at vi tidlig i prosessen bestemte oss for at det er klinikerne sine behov som skal veie tyngst. Administrative og IKT-tekniske behov er også viktige, men systemet skal først og fremst støtte klinikerne i deres arbeid.

Resultatene legger vi inn i en vektet evalueringsmodell, der hvert kriterium får en vekt etter hvor viktig det var for nettopp vår virksomhet. Brukeropplevelse, åpne grensesnitt og forløpshåndtering veide tungt; andre forhold veide mindre. Poenget er ikke at modellen gir et matematisk «riktig» svar, men at den tvinger frem en bevisst diskusjon om hva man faktisk prioriterer – før man forelsker seg i en demo.

Vi vurderte også å bruke etterlevelse av Normen som et tidlig filter: et

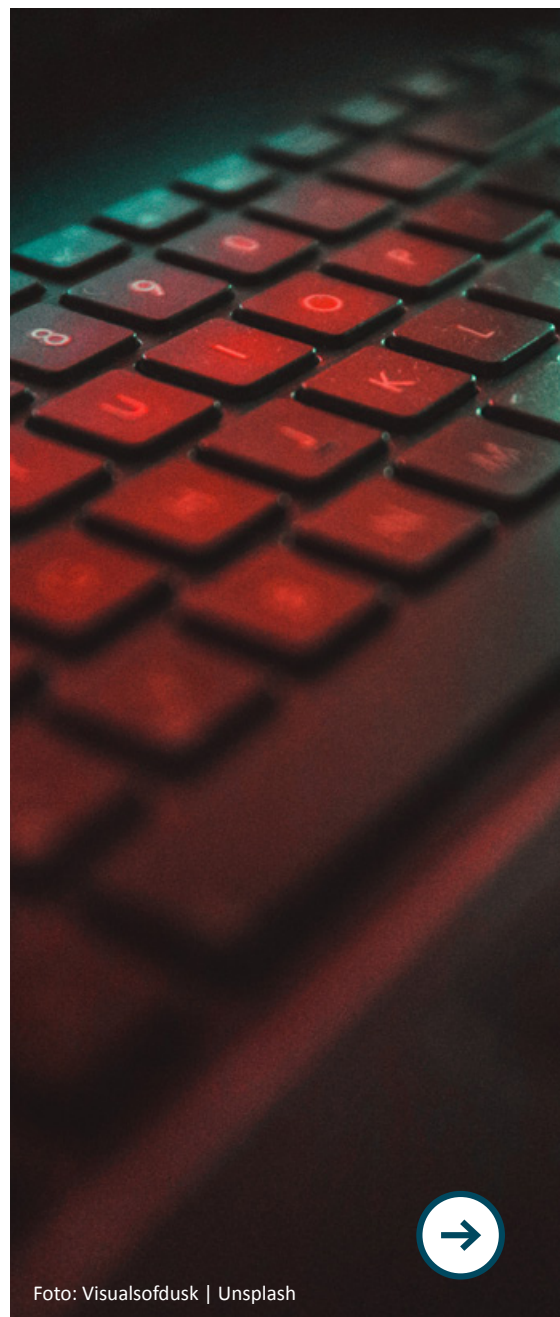


Foto: Visualsofduisk | Unsplash

system som ikke kan dokumentere tilfredsstillende tilgangsstyring, logging og databehandling, kommer uansett ikke videre, uansett hvor pen brukerflaten måtte være. Da slipper man å bruke tid på å evaluere systemer som likevel ikke kan tas i bruk på en forsvarlig måte.



**Et system som ikke kan dokumentere tilfredsstillende tilgangsstyring, logging og databehandling, kommer uansett ikke videre**

### Tidsreisen begynner

For en som har jobbet med utvikling av programvare, oppleves møtet med EPJ-leverandørene som en tidsreise tilbake til forrige årtusen.

La meg starte med brukeropplevelsen. I moderne systemer er brukeropplevelsen det aller viktigste. Systemene skal oppleves som intuitive og selvforklarende for hver enkelt brukergruppe. Det er store forskjeller mellom behovene til klinisk og administrativt personell – og disse to gruppene er heller ikke homogene. En legespesialist har antakelig andre arbeidsprosesser enn en sykepleier. På samme måte er det stor forskjell på om man som administrativt ansatt sitter i resepsjonen eller arbeider med fakturering og regnskap.

**De fleste EPJ-systemer forsøker å være alt for alle, overalt – alltid. Min beste analogi er en sveitsisk lommekniv: den fungerer med god vilje, men er ikke best på noe.**

Konsekvensen er at brukerne må få grundig opplæring, nettopp fordi systemene forsøker å dekke alle behov for alle målgrupper samtidig.



**I moderne programvare tilstreber man et brukergrensesnitt som er tilpasset den enkelte brukergruppens behov**

I moderne programvare tilstreber man et brukergrensesnitt som er tilpasset den enkelte brukergruppens behov. Må du gå på kurs eller lese manualer for å bruke systemet, har det allerede feilet i utgangspunktet.

Tidsreisen fortsetter når det gjelder teknologi. I dag utvikler man som regel først for smarttelefon og deretter for web. Rene Windows-applikasjoner er unntaket, og brukes kun for særlige behov. Windows-systemer med tilgang via Citrix eller lignende



Steinar Overbeck Cook, dataingeniør, Balder Programvare AS. Foto: Privat

kjennes derfor som å bytte ut elbilen med min første bil – en Ford Cortina 1967-modell.

### Hvem eier dataene?

Eierskap og tilgang til egne data var den neste store overraskelsen. Gigantiske monolitter som kontrollerer alle data, og der leverandøren nekter deg tilgang til dine egne data,

er fullstendig avleggs. Moderne systemer legger opp til at man kjøper de løsningene som passer best til egne behov og kobler dem sammen via standardiserte protokoller og grensesnitt – for eksempel HL7 og FHIR i helsevirksomheter.

Når kravet om tilgang til egne data og ønsket om integrasjon ble presentert, var svaret ofte «nei», og begrunnelsen – eller snarere bortforklaringen – var «sikkerhet».

Det er våre data og vårt ansvar, og vi har full rett til å bruke dem til det vi vil. Kravene i Normen, GDPR og kanskje snart det europeiske helsedatadirektivet (EHDS) er ikke til hinder for at man kan bruke egne data til tjenstlig øyemed. Det er naturligvis reelle sikkerhetshensyn å ivareta – men det er hensyn som lar seg løse, ikke et gyldig påskudd for å låse kunden ute fra egne opplysninger.

For ordens skyld vil jeg presisere at jeg ikke snakker om “åpen tilgang”. Det dreier seg om å kunne bruke egne data til styring og ledelse innenfor de reglene vi er underlagt.

### Pasientforløpet ingen helt klarer å håndtere

Nå beveger jeg meg kanskje litt ut på tynn is. Som teknolog har jeg svært begrenset kunnskap om det kliniske, men jeg våger likevel påstanden om at de fleste pasienter ikke bryr seg om antall konsultasjoner eller kontroller. Det er bare steg på veien mot det egentlige målet: å bli friske.

For privat spesialisthelsetjeneste er nettopp dette et ømt punkt. Der man ikke har refusjon fra HELFO – og ofte også i tillegg til den – må behandlingen faktureres pasienten selv eller en annen oppdragsgiver, for eksempel et forsikringssselskap. Hovedregelen er at man får betalt for et komplett pasientforløp etter bestemte regler. Det betyr at alle kontakter mellom kliniker og pasient må kunne grupperes og knyttes til et unikt saksnummer.



Det er våre data og vårt ansvar, og vi har full rett til å bruke dem til det vi vil

Så langt har jeg ikke sett et eneste EPJ-system som håndterer dette skikkelig. De fleste må ty til Reodor Felgen-løsninger, som å skrive saksnummeret inn i journalnotatet. Det er uheldig av flere grunner. Det er ingen reell kobling mellom kontaktene, bare en tekststreng som en maskin ikke kan stole på. Det skaper merarbeid og feilkilder, fordi administrativt personell må etterkontrollere og lete seg frem manuelt. Og ikke minst: legen bør slippe å bruke tid på administrative krumspring som ikke har noe med behandlingen å gjøre. Når et system tvinger den fremste fagpersonen til å være sin

egen arkivar, er noe grunnleggende galt med arbeidsfordelingen.

### Veien ut av forrige årtusen

I Norge får vi ofte ros fra utlandet for hvor langt vi har kommet i å standardisere og effektivisere tjenester som e-resept, sykmeldinger og elektronisk faktura (EHF). Dette er imidlertid et tveegget sverd. I praksis blir det også en barriere mot å ta i bruk EPJ-systemer utviklet i andre land, noe som reduserer antall tilbydere. Det rammer privat spesialisthelsetjeneste særlig hardt, fordi de nasjonale EPJ-leverandørene av forståelige grunner først og fremst retter seg mot behovene i det offentlige helsevesenet.

Sikker toveiskommunikasjon mellom pasient og behandler er en annen utfordring som fortsatt mangler en god løsning. Skal vi komme dit, tror jeg vi trenger det offentlige på banen for å fremtvinge en standard som alle leverandører må følge.



Når et system tvinger den fremste fagpersonen til å være sin egen arkivar, er noe grunnleggende galt med arbeidsfordelingen

Og kanskje er det nettopp her sirkelen lukkes. Det gjennomgående problemet – enten det gjelder brukeropplevelse, eierskap til data, forløpshåndtering eller pasientkommunikasjon – er lukkede systemer som vil eie alt og dele lite. Veien ut av forrige årtusen går ikke gjennom et system som skal gjøre alt, men gjennom åpne, gode løsninger som snakker sammen. Helt til vi krever det, blir vi sittende med gamle systemer og driver med “IKT til fots”.

## De mest brukte EPJ-systemene

Oversikt over de mest brukte journalsystemene, og noen håndfaste data fra leverandørene selv. Det varierer i hvilken grad leverandørene gir utfyllende informasjon på sine nettsider.

AV: ELLEN JAATUN

EPJ SYSTEM	Pris	Antall brukere	Oppstarts-kostnader	Integrering med andre systemer	Plassering av server
WebMed	Kr 3 340 12 md. bindingstid	1-7 brukere 8-14 brukere Over 14 brukere	Kr 25 000 for 1-7 brukere Kr 50 000 for 8-14 brukere Inkluderer konvertering	Helsenorge Lab kjernejournal	I Norge
Pridok	Kr 3 383 Bindingstid ikke oppgitt	En lisens per lege, hjelpepersonell ingen ekstra kostnad	Kr 11 320 + konverterings- gebyr 16 970	Helsenorge men andre løsninger som over, ikke oppgitt	Ikke oppgitt
Infodoc (EG)	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Helsenorge Og en lang rekke systemer	Microsoft Azure innenfor EU/EØS
Aspit (Nordhealth)	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt

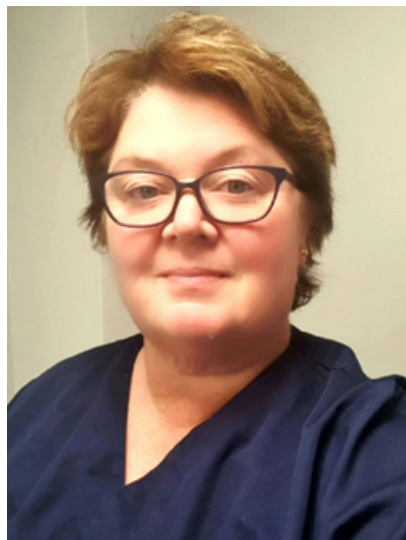
# Bestillerkompetanse for avtalespesialister: Hvordan unngå dyre feilkjøp i IT-hverdagen

For mange avtalespesialister er valg av nye IT-systemer alt annet enn enkelt. Markedet er fragmentert, og flere av løsningene som tilbys er i begrenset grad tilpasset avtalespesialistenes forhold.

AV: TERJE STORVIK, LEDER IT-LEVERANSESTYRING, SINTEF AS OG ELLEN JAATUN, STYREMEDLEM I PSL OG EPJ-LØFTET

Dette er fordi de fleste systemer er utviklet for bruk blant fastleger og deretter tilpasset noen av våre behov. Leverandørens evne – og vilje – til å møte behovene i en avtalepraksis varierer og vi som marked er en liten gruppe. Resultatet kan bli at innkjøp av en ny programvare eller journalsystem kan bli en kostbar prosess, både i tid og penger.

Nettopp derfor er god bestillerkompetanse avgjørende.



Ellen Jaatun, styremedlem i PSL og EPJ-løftet.  
Foto: Privat

## Lær av hverandre

Innled anskaffelsesprosessen med en enkel kartlegging av andre kollegaers bruk.

En av de viktigste kildene til kunnskap er fortsatt kollegaer. For avtalespesialister kan det derfor være svært nyttig å etablere en felles oversikt over:

- Hvilke journalsystemer som brukes – og av hvem
- Nettleverandører og nettløsninger
- Fagspesifikke programmer innen ulike spesialiteter

Den mest troverdige anbefalingen kommer ofte fra noen som allerede bruker systemet i praksis.

”

Den mest troverdige anbefalingen kommer ofte fra noen som allerede bruker systemet i praksis

## Se hele kostnadsbildet – ikke bare startprisen

Mange leverandører lokker med lav inngangspris, men tilbyr sentral funksjonalitet som tilleggstjenester. Dermed kan den reelle kostnaden bli langt høyere enn først antatt.

### Spør derfor alltid:

- Hva er inkludert i grunnprisen?
- Hva koster tillegg og moduler?
- Er support inkludert, eller faktureres det separat?
- Er det noen variable prisenheter, eksempelvis antall brukere, rapporter, lagringskapasitet osv.

Totaløkonomien er det som teller – ikke prislappen ved oppstart.

”

Totaløkonomien er det som teller – ikke prislappen ved oppstart

## Support og leverandørforhold: Undervurdert, men kritisk

Hvor lenge har leverandøren vært i markedet med dette produktet,



Terje Storvik, Leder IT-leveransestyring, SINTEF AS. Foto: Privat

hvor mange kunder har produktet, leverandørens eierforhold. Et godt system er lite verdt hvis du ikke får hjelp når noe går galt.

#### Vurder derfor:

- Hvor lett det er å komme i kontakt med support
- Hvor raskt og kompetent problemene løses
- Hvordan leverandøren håndterer avtaler og endringer
- Er det noen variable prisenheter, eks. ant. brukere, rapporter, lagringskapasitet osv.

Les også det som står med liten skrift. Endringer i avtalevilkår kan få stor betydning over tid.

#### Integrasjoner og rapportering: Systemet må snakke med resten av Norge

I en moderne praksis bør ingen systemer fungere helt alene. De må fungere sammen med:

- Nasjonale løsninger
- Medisinsk utstyr
- Andre spesialsystemer

For avtalespesialister er for eksempel rapportering til NRP og Helfo et krav – men det er også en fordel om systemet tilbyr fleksible rapporteringsmuligheter og integrasjonsmuligheter utover dette.

#### Vurdering av funksjonalitet iht. sjekkliste / kravspesifikasjon

Start med det grunnleggende: Hva trenger du egentlig?

Før man anskaffer et nytt system, er det nyttig å gå gjennom behov ( gjerne utformet som krav). I større anskaffelser er det vanlig å skille disse inn i funksjonelle og ikke-funksjonelle krav.

- Ikke-funksjonelle krav handler om hvordan systemet oppfører seg: Hvor raskt starter det? Hvor stabilt er det? Hvor responsivt er det i en travel klinisk hverdag?
- Funksjonelle krav handler om hva systemet faktisk gjør: Løser det oppgavene du trenger? Gir det pålitelig og forståelig informasjon? Bidrar det til bedre kvalitet, effektivitet eller pasientsikkerhet?

Dette skillet kan virke enkelt, men en slik oversikt kan ofte være avgjørende for å unngå feilkjøp.

#### Vurderingsmatrise og valg av løsning

En kan for egen vurdering vekte de ulike punktene, og sammenligne de ulike leverandørene det står imellom – slik at en beslutning er verifiserbar og mulig å etterprøve og gjenbrukes av andre i ettertid.

Denne modellen kan også utvides med prismodell, bærekraft, leverandøregenskaper og referansenes vurdering på ulike områder. Ved å vekte slike ulike områder ulikt (prosentfordele totalen), og for eksempel bruke terningkast som skala for de ulike enkeltmomentene som vurderes, så kan en få en lett forståelig sammenstilling av de aktuelle systemene. Dersom en endrer vekten mellom hovedområdene og alltid får det samme system som

«vinneren», så kaller man det å ha en «robust» modell – med en klar vinner – uansett om en vektlegger ulike ting (for eksempel pris) litt opp eller ned.

#### Fallgruvene du bør unngå

Det finnes noen klassiske feil som går igjen:

- Nye smarte løsninger med lav inngangspris, men umoden funksjonalitet
- Mangelfull dokumentasjon
- Løsninger som ikke er tilpasset norske krav til personvern og pasientsikkerhet

Slike valg kan i verste fall få konsekvenser langt utover økonomi – de kan påvirke både drift og kvalitet i pasientbehandlingen.



Det kan ofte lønne seg å ikke være første mann ut

Det kan ofte lønne seg å ikke være første mann ut. Spesielt innenfor vårt fagfelt, da lovgivning er ganske så strengt regulert – og vår evne og mulighet til å gjøre konsekvensanalyse av IT-systemet er svært begrenset.

#### Kort sagt

God bestillerkompetanse handler ikke om å være teknologiekspert, men om bestillermetodik – om å stille de riktige spørsmålene – om å kartlegge de relevante tingene. Ved å være strukturert, kritisk og ved å lære av andres erfaringer, kan avtalespesialister ta tryggere valg – og unngå både dyre og risikofylte feilinvesteringer.

# Samarbeidsinitiativ – gå sammen om løsningene

– Da vi fikk tilbud om å bytte til WebMed begynte vi å undersøke hvem som benyttet systemet. Resultatet ble et felles seminar med ti legekontor og tretti ansatte, sier Per Helsing.

---

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

Ved Asker Hudlegekontor har Per Helsing tatt et initiativ som flere spesialiteter kan dra nytte av – ikke bare når det gjelder EPJ-løsninger, men også samarbeid legekontor mellom.

Per Helsing er spesialist i hudsykdommer ved Asker Hudlegekontor, der han overtok hjemmelen fra Mette Kramer i 2016. Helsing kom da fra Rikshospitalet der han arbeidet i perioden 1989-2016.

– Vi har en lang tradisjon for å ha jule- og sommermøter, det henger med fra tiden på Rikshospitalet. De siste ti årene har jeg vært i avtalepraksis, der tradisjonen er videreført. Asker og Bærum hudlegekontorer har faste møter et par ganger i året, noen ganger også med flere legekontor samlet.

## EPJ-seminar

– Da ideen om et seminar tok form, inviterte vi WebMed til å komme for å demonstrere systemet og svare på våre spørsmål. Vi inviterte også andre hudlegekontor, som deltok med hele kontoret, slik at alle fikk lære systemet, forteller Helsing.

Representanter fra leverandører av betalingsløsninger som er

kompatible med WebMed fikk også anledning til å presentere seg. Hovedattraksjonen var Hans-Petter Nygård-Hansen, som snakket om IT-sikkerhet på kontoret og KI.

Det todagers seminaret ble avsluttet med at legene og helsesekretærene satt hver for seg og diskuterte det de hadde gått gjennom.

## Vellykket seminar

– Seminaret var svært vellykket. Vi var tretti deltakere som i tillegg til å opparbeide felles kompetanse, opplevde en fin, sosial ramme rundt seminaret på Holmen fjordhotell. Det finnes mange fine steder å arrangere slike samlinger på, og det er samtidig en fin mulighet til å ivareta det sosiale, sier Helsing.



Vi var tretti deltakere som i tillegg til å opparbeide felles kompetanse, opplevde en fin, sosial ramme rundt seminaret

– Sett fra legesiden er det å møtes og det sosiale kanskje det viktigste med en slik samling. Samtidig satt vi alle med journalsystemet foran oss, og det var fint å sitte sammen og kunne stille spørsmål. Dermed fikk de som ennå ikke hadde bestemt seg for å bytte system også god innsikt. Vi var ti legekontor som deltok, hvorav 5-6 hadde WebMed fra før. Noen av de som deltok har gått over til WebMed i ettertid, forteller Helsing, som er godt fornøyd med systemet.

– Mange har gode erfaringer med Fürst, som eier WebMed. Det at alt er lagret er her i Norge er viktig, og at systemet nå også er laget for spesialister. Allmennlegene fikk tilgang først, før de etter et par år utviklet systemet for spesialisthelsetjenesten. Vi tok systemet i bruk i januar 2025 og seminaret ble avholdt i november 2025.

Både det sosiale og det faglige blir godt ivaretatt ved Asker Hudlegekontor, som består av tre ansatte.

– Vi skal på tur igjen – og det skal vi om bare en måned. Men journalsystemet har satt seg godt, så det blir et annet tema vi fokuserer på denne gangen. Det er helsesekretær Hilde som stort sett tar ansvar for

å bestemme hvor vi skal dra, sier Helsing.

### **Byttelåner helsesekretærer**

Det er ikke bare på kompetansefronten Asker Hudlegekontor har gått nye veier.



Det er veldig nyttig å lære hvordan andre legekantor organiserer seg, og helsesekretærene opplever det som veldig motiverende

– Vi har byttelånt helsesekretærer mellom oss her i Asker og Bærum Hudlegekontor – og de har kommet tilbake med nye erfaringer om organisering. Det er veldig nyttig å lære hvordan andre legekantor organiserer seg, og helsesekretærene opplever det som veldig motiverende også. En annen fordel ved at helsesekretærene har lært seg hverandres systemer og organisering, er at vi også har fått låne vikar ved sykdom.

Helsing fremhever det sosiale, og at det er viktig å ha det gøy på jobb. Han opplever at de har mye utbytte av å gjøre ting sammen med hudlegekontorer i nærheten.



Legekantorene er små, og når vi gjør ting sammen er vi også flere å dele oppgavene på

– Legekantorene er små, og når vi gjør ting sammen er vi også flere å dele oppgavene på. Det å kunne



Per Helsing, fra et tidligere seminar på Oscarsborg. Foto: Privat

sammenligne litt, besøke hverandre, og lære av andres erfaringer er viktig.

Det er heller ikke bare helsesekretærene som har benyttet seg av hospitering på andre legekantor.

– Før jeg begynte i avtalepraksis tilbrakte jeg én dag på fem forskjellige legekantor, for å lære. Det er ikke så vanlig, men det var veldig lurt. Innen hudfaget har folk organisert seg veldig forskjellig, så jeg opplever at det var viktig å ta erfaring av det som har fungert godt på kantorene jeg besøkte.

### **Finne egnede fellesskap**

– Hud er litt spesielt siden vi er en liten spesialitet der alle kjenner hverandre, og de fleste har vært innom Rikshospitalet. Men fellesskapet kan også være geografisk eller det at man har samme EPJ-leverandør, mener Helsing, som har et siste tips:

– Dersom vi skal ha et møte om dataløsninger igjen, tenker jeg at det er en fordel om firmaet som har systemet står for organiseringen. Da blir det mindre administrasjon og arbeid for legekantoret.



Kristoffer Ommundsen, avtalespesialist ved Valdres øyeklinikk. Foto: Valdres øyeklinikk

# Helsenorge – personvern til besvær

Avtalespesialisters lenge bebudede tilgang til Helsenorge skulle gi smidig samhandling mellom pasient og lege – slik har det foreløpig ikke gått.

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

– Tilgangen til Helsenorge skulle bidra til økt samhandling mellom lege og pasient, og var etterlengtet for oss leger. Med ny timebok via Infodoc, som støtter Helsenorge, hadde jeg stor forventning til systemet. Slik det fungerer nå, tør jeg ikke å gå over til innkalling av pasienter med Helsenorge. Det kan vel ikke ha vært intensjonen? Undrer Kristoffer Ommundsen, avtalespesialist ved Valdres øyeklinikk.

Problemet bunner i at avsender, altså legekontorets navn ikke vises i innkallingen. Pasienten mottar i stedet en innkalling som kun angir

dato og klokkeslett for timen vedkommende er tildelt, uten avsender eller oppmøtested, med beskjed om å logge inn på Helsenorge for å se mer.

## **Skaper kommunikasjonsproblemer**

Ommundsen har prøvd ut innkalling på SMS til pasienter, og avdekket at det mangelfulle innholdet i innkallingen skaper kommunikasjonsproblemer.

– Vi har erfart at pasienter ikke møter til timen, og at de tror meldingen de har fått er spam og ikke bryr seg



Vi har erfart at pasienter ikke møter til timen, og at de tror meldingen de har fått er spam

om den. Noen blir også usikre og har møtt opp hos fastlegen i stedet for hos Valdres øyeklinikk.

– Første bud innen kommunikasjon må være

at avsender oppgis. Teksten på SMS er veldig snau, noe som kan skape forvirring hos både yngre, men særlig eldre pasienter som ikke er så digitale, når det ikke fremkommer hvem som har sendt innkallingen og hvor de skal møte opp, sier Ommundsen, som av samme grunn unnlater å benytte dialogmeldinger.



## Første bud innen kommunikasjon må være at avsender oppgis

– Om det er tatt blodprøve av en pasient og jeg benytter dialogmelding, vil pasienten bare få en SMS om at de har fått et brev, men ikke fra hvem. Selv om dialogmeldinger i seg selv fungerer, er det en utfordring at noe fungerer, og andre ting ikke. Jeg

er redd det vil føre til at pasientene ikke bruker Helsenorge.

### Ulikheter mellom avtalespesialister, fastleger og sykehus

Ommundsen har sammenlignet innkallinger fra avtalespesialister, fastleger og sykehus, og har kontaktet Norsk Helsenett for å avklare om avtalespesialister, i likhet med sykehus og fastleger kan få tilgang til å oppgi virksomhetsnavn i SMS eller e-post til pasienter.

Svaret er negativt, og begrunnes med personvern hensyn.

Da Legekunsten kontakter Norsk Helsenetts team for Helsenorge, er det foreløpig svaret:

«Det er flere årsaker til at vi ikke sender med virksomhetsnavn for avtalespesialister. Det som er avklart er at NHN ikke sender helseopplysninger over SMS/e-post på bakgrunn

av en risikovurdering av sikkerheten i disse kanalene.

Vår risikovurdering av SMS/e-post viser at disse kanalene har dårlig beskyttelse mot uvedkommendes tilgang. Dette er NHN sin egen vurdering, men den vurderingen er også i tråd med Normen som bransjestandard innen helsesektoren, og best practice for øvrig. Hva sykehusene selv velger å akseptere av risiko for sine pasienters helseopplysninger er sykehusets ansvar.»

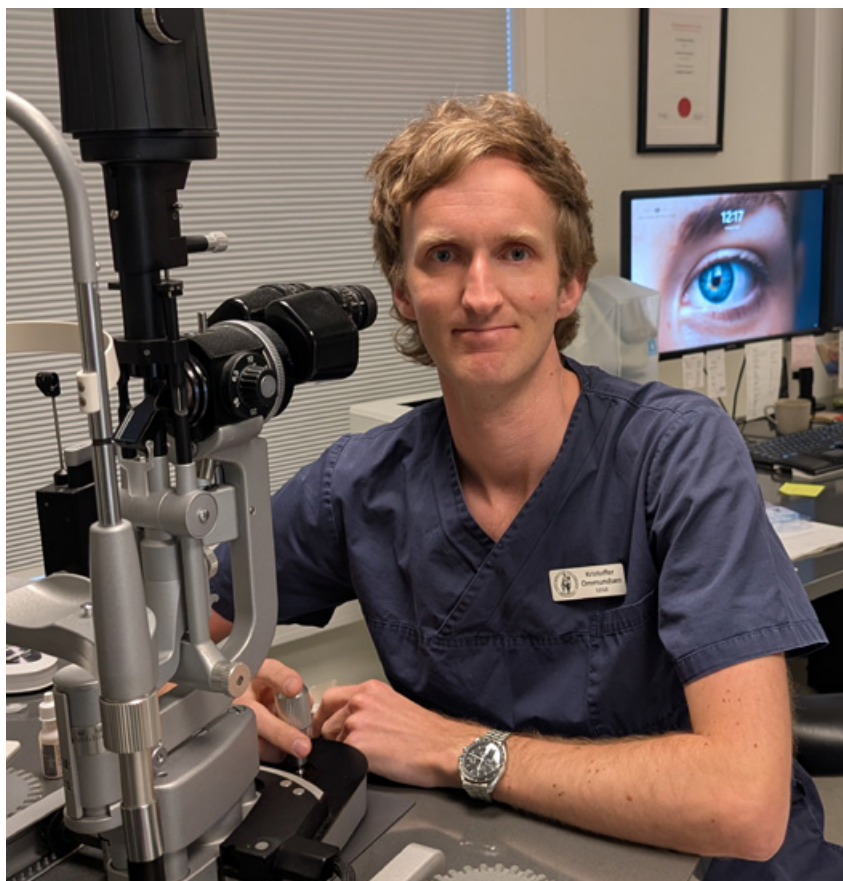
### Ønsker endring

– Om det er juridiske grunner til dette, er det merkelig at det kan skilles slik på sykehus og avtalespesialister, vi jobber jo innenfor spesialisthelsetjenesten begge steder. Vi er også stadig flere avtalespesialister som kommer på Helsenorge fremover. Slik det er nå, vil kanskje flere vurdere det som vanskelig å bruke Helsenorge. Det bør kunne være mulig å komme rundt dette problemet, mener Ommundsen, som i påvente av en mulig løsning inntil videre avventer å ta i bruk innkalling via Helsenorge.



## Det handler om sikkerhet for at kommunikasjonen når frem og forstås av pasientene

– Det handler om sikkerhet for at kommunikasjonen når frem og forstås av pasientene. Vi har behov for å kunne sende ut SMS på vegne av legekantoret der all nødvendig informasjon er oppgitt. Vi ønsker å kunne bestemme teksten selv, og ved behov kunne gi nyttig informasjon fra legen, selvfølgelig med unntak av sensitive helseopplysninger. Vi ønsker å gi adekvat og god informasjon til pasientene, slik at de er fornøyde, og får den informasjonen de har behov for i en SMS, avrunder Ommundsen.

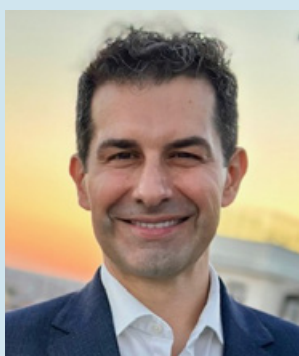


Kristoffer Ommundsen, avtalespesialist ved Valdres øyeklinikk, ønsker sikkerhet for at kommunikasjonen når frem og forstås av pasientene. Foto: Valdres øyeklinikk

## Forskningsutvalget PSL



Birgitte Sanda, leder



Daniel de la Rosa



Stein Helge Glad Nordahl



Svein Ove Semb

# Forskningsstipend 2026 – årets tildelinger

I år fikk Forskningsutvalget inn ti søknader, en gledelig økning fra de senere år. Søknadene er av god kvalitet og viser at det er mye forskning av høy kvalitet rundt om i landet blant spesialister i PSL-familien.

### Utvelgesprosessen

Det er PSLs forskningsutvalg som innstiller søkere og PSL-styret som fatter vedtak om tildeling.

I utvelgelsen av søkere som blir tildelt forskningsstipend gjør alle de fire medlemmene av forskningsutvalget først en individuell vurdering av søknadene. Den gjennomsnittlige scoren indikerer rangeringen av søkerne. Den endelige beslutningen hviler på rangeringen, hvor mange måneders forskningsstøtte som er omsøkt av den enkelte, samt på budsjettet for tilgjengelige forskningsmidler. I år var det mulig å innfri de fleste søknadene. En søker trakk seg underveis.

Forskningsutvalgets medlemmer har i 2026 vært Daniel De La Rosa, hudlege, Svein Ove Semb, øyelege, Stein Helge Glad Nordahl, ØNH-lege, og Birgitte Sanda, gynekolog, og leder av Forskningsutvalget.

### Tildelt forskningsstipend

Disse ble i år tildelt forskningsstipend for følgende forskningsprosjekter:

Narpinder Singh, nevrologi, Sandvika: Kostnader ved behandling av kronisk migrene i Norge før og etter innstramming av forskrivningsregelen for botulinumtoksin. Tid: 5 måneder.

Ina Lervåg Andersen, fordøyelsesykdommer, Trondheim: HUNT4 Cøliaki-prosjekt, er “no-biopsy”

tilnærning for diagnose pålitelig. Mål om å fullføre PhD. Tid: 2 måneder.

Magnus Steinar Hilland, ØNH, Bergen: Logatom-basert audiometri. Mer effektiv testing av hørseltap. En pilotstudie. Tid: 5 måneder.

Alexander S. Trane, øye, Tønsberg: A prospective Randomized controlled non-inferior trial comparing selective laser trabeculoplasty and pattern micropulse laser trabeculoplasty in open-angle glaucoma. Tid/sum: 15 000 NOK.

Nils Christian Stenklev, ØNH, Tromsø: Vurdere nytten av TRV-stol i behandling av reisesyke. Tid: 5 måneder

Anne K Bertelsen, nevrologi, Bergen: CGRP-monoklonale antistoffer som tilleggsbehandling ved kronisk migrene hos pasienter på etablert onabotulinumtoksinA-terapi - en retrospektiv real world studie. Tid: 5 måneder

Espen Anker, privatpraksis, psykiatri, Oslo: Registerdata på ADHD-medisinering i Norge 2005-2022. Syv artikler på gang. Tid/sum; 15 000 NOK.

Ileana Rodriguez Standal, plastikkirurg, Bergen: Hvordan påvirker kirurgisk behandling av lipødem arbeidsevne, sykefravær, smerter, fysisk funksjon og livskvalitet hos kvinner



med oppfølgingstid 12 måneder. Tid: 12 dager.

### Søk før 15. mars!

PSL mener det er viktig at medlemmer som ønsker å forske i en periode, gis mulighet til dette. Det kan gi nye utfordringer og variasjon i praksisen, åpne for samarbeid mellom sykehusmiljø og spesialistpraksis, og være både positivt og rekrutterende.

Om du har et forskningsprosjekt du ønsker å realisere, er du velkommen

til å søke PSLs forskningsstipend. Fristen er den 15. mars hvert år.

### Om PSLs forskningsstipend

Stipendet ble etablert i 2007 og har som hensikt å stimulere, hjelpe og rekruttere PSL'ere til forskning. Det er vanlig å gi stipendmidler for 1-5 mnd. pr. søker. Forskningsstipendene er innrettet slik at det gis støtte med kr 50 000 pr. måned. I tillegg gis det støtte til administrasjonskostnader og reise per stipendmåned med kr 2 500.

## Les mer om PSLs forskningsstipend



# Felles styremøte med Overlegeforeningen

I mars var det igjen tid for felles styremøte med Overlegeforeningen, denne gang med PSL som vertskap.

AV: YNGVILD SKÅTUN HANNESTAD, LEDER PSL

Vi hadde mange saker vi ønsket å diskutere med våre kolleger som både gjaldt interne forhold i Legeforeningen og avtalespesialistordningens plass i helsetjenesten. Sentralstyret har fremmet et forslag om en endring i modellen for praksiskompensasjon (ofte forkortet til p-komp). P-komp skal kompensere for inntektsbortfall ved fravær fra praksis ved tillitsvalgtarbeid og kan gis til næringsdrivende leger. Utgiftene til p-komp dekkes av kontingentinnbetalingen. For de fleste avtalespesialister i somatikken ligger dagens sats en del under det gjennomsnittlige inntektstapet og er foreslått økt.



Foto: Tor Martin Nilsen | Legeforeningen

Det var nyttig å høre synspunktene til en forening som ikke har medlemmer som kommer inn under ordningen. Saken har nylig vært til høring og skal opp for Landstyremøtet som avholdes i starten av juni.

På Landsstyremøtet skal man også diskutere forslag om eventuell endring i yrkesforeningsaksen. De

to aktuelle modellene var enten å la strukturen stå uforandret, men med mer fokus på grupper som per i dag ikke har godt nok tilbud, eventuelt nedleggelse av mindre foreninger (NAMF og LVS). PSL var foreslått å bestå som forening uansett. I tillegg til Landsstyret har Sentralstyret konkludert med at høringsvarene

ikke gir grunnlag for å gå videre med foreslåtte endringer.

Både Of og PSL har en del helprivate i sin medlemsmasse. Diskusjonen på styremøtet dreide seg også om hvordan foreningene bedre kan ivareta av helprivate medlemmer på tvers av yrkesforeningsstrukturen.

Avtalespesialistordningens fremtid var også på agendaen. Det er kommet oppdrag fra Helseministeren om å øke bruk av avtalespesialister. Samtidig er de regionale planene for ordningen gamle, bortsett fra i Helse Vest der man nå er i slutfasen av en ny utviklingsplan.

Igjen var det en nyttig diskusjon med gode strategiske innspill fra våre kolleger. PSL opplever forståelse i Overlegeforeningens styre for de utfordringene avtalespesialistordningen har og støtte for at dagens organiserings- og finansieringsmodell bør videreføres.



Fullsatt sal og deltakerrekord på årets vårmøte i PSL. Foto: Tor Martin Nilsen | Legeforeningen

# Deltakerrekord på PSLs vårkurs og årsmøte

Under nytt navn kunne PSLs vårkurs notere seg for en ny deltakerrekord – over 200 PSL-ere stilte på kurs.

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

Nye og erfarne PSL-ere hadde funnet veien til Oslo, og til kurset som tidligere gikk under navnet PSLs administrasjonskurs. Leder i PSL, Yngvild Skåtun Hannestad, kunne



PSLs leder Yngvild Skåtun Hannestad ønsket velkommen til vårkurset. Foto: Tor Martin Nilsen | Legeforeningen

ønske velkommen til to dager med faglig påfyll, erfaringsutveksling og hyggelig sosialt samvær.

– Det er veldig gledelig å se at så mange har ønsket å delta. Det viser hvor viktig denne møteplassen er for våre medlemmer, sa Skåtun Hannestad.

Vårkurset samlet private spesialister med og uten offentlig avtale fra hele landet til dette årlige arrangementet som utgjør en viktig arena for faglig oppdatering, diskusjon om rammevilkår og utviklingen i spesialisthelsetjenesten.

## Variert program

Programmet spente bredt, fra juridiske rammer og avtaler til pensjon, forsikring og takstbruk – og ikke minst aktuelle temaer som kunstig

intelligens i medisinen, IT-sikkerhet og etiske problemstillinger i praksis.

Private spesialister uten avtale fikk også tilbud om en egen parallellsesjon der et potpurri av temaer stod på agendaen; fra avtaler, arbeidsforhold, legen som arbeidsgiver, til prising og markedsføring.

Gjennom den første dagen på vårkurset fikk deltakerne et variert faglig program med juridiske perspektiver fra advokat Jan Egill Wendelboe Aarå om avtaler mellom fratredende og overtakende lege, refleksjoner om felles utfordringer for spesialister i og utenfor sykehus ved leder i Norsk overlegeforening Ståle Clementsen, gjennomgang av lovpålagte krav for avtalespesialister ved Hilde Kallekleiv fra TrinnVis, samt pensjon og



Under bankettmiddagen stilte trioen The Attitunes med røde lepper, tette harmonier og klassikere fra en svunnen tid – Old Hollywood og Gatsby-tiden. Foto: Tor Martin Nilsen | Legeforeningen

forsikring for praktiserende leger ved Endre Stakvik fra Storebrand.

Dag to av vårkurset bød blant annet på temaene kunstig intelligens i medisinen ved Ishita Barua, rettssikkerhet i møte med Helfo ved advokatene Andreas Hovland og Øyvind Anmarkrud, mens Torill Nydal, seniorrådgiver i Helfo og Pål

Alm-Kruse, forhandlingsøkonom i Legeforeningen foredro om riktig takstbruk for avtalespesialister.

### Årsmøtet

Den norske legeforenings president Anne-Karin Rime hilste årsmøtet, der hun løftet betydningen av spesialister både i og utenfor den offentlige helsetjenesten, og pekte på behovet

for styrket beredskap i en mer urolig verden. Rime minnet om at alle må ta sitt ansvar for beredskap, både hjemme og på jobb, og at kapasitet i kriser krever kapasitet i dag.

Erik Dyp Liaaen, tidligere leder i PSL, loset årsmøtet trygt i havn.



President i Den norske legeforeningen, Anne-Karin Rime, hilste årsmøtet. Foto: Tor Martin Nilsen | Legeforeningen



Erik Dyp Liaaen, tidligere leder i PSL, ledet årsmøtet. Foto: Tor Martin Nilsen | Legeforeningen



Leder i Overlegeforeningen Ståle Clemetsen holdt det engasjerende foredraget «Spesialister i og utenfor sykehus - felles utfordringer?». Foto: Tor Martin Nilsen | Legeforeningen



Legeforeningens og PSLs sekretariatsleder Pål Alm-Kruse (bildet) vartet opp med nyttig takstkunnskap i tospann med Helfos Torill Nydal. Foto: Tor Martin Nilsen | Legeforeningen



Eddie Strandengen og Marius Jordet (bildet) bidro med sitt foredrag «Etisk Hacker» med kunnskap om hvordan man blir bedre på å avdekke ondsinnede trusler og svindelforsøk. Foto: Lene Sjøgaard Gloslie



Fra venstre: Seksjonssjef/advokat Hanne Riise Hanssen og spesialrådgiver/jurist Siri Næsheim fra Legeforeningen var ansvarlige for parallellsesjonen for spesialister uten driftsavtale: «Leger i privat praksis – et potpurri av tips og triks». Foto: Lene Sjøgaard Gloslie

# Nye PSL-ere på vårkurs

Årets vårkurs og årsmøte ga rekordpåmelding, og blant deltakerne befant det seg også mange ferske PSL-ere. Legekunsten har tatt en prat med noen av dem.

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

Først ut er Morten Tangen, spesialist i indremedisin og lungesykdommer ved Astma og Allergiklinikken i Fredrikstad. Fra oktober 2025 gikk han inn i en senior-junioravtale ved klinikken, der han skal arbeide 50 % i inntil fem år.

Frem til nå har Tangen arbeidet ved Sykehuset Østfold, der han har jobbet fra han ble ferdig med turnus i 1999.

Ved overgangen fra sykehus til avtalepraksis hadde Tangen allerede rukket å være vikar i praksisen gjennom fem år.

– Jeg kjente derfor godt til praksisen og de ansatte der, og hadde et godt inntrykk av stedet. Selve beslutningen om å gå inn i seniorjunioravtalen ble tatt på bakgrunn av et ønske om å prøve noe nytt, og få nye og andre utfordringer, men også for å kunne følge opp pasientene på en annen måte enn man kan i sykehus. I tillegg var det å kunne styre arbeidsdagen selv en viktig motivator, sier Tangen,



Morten Tangen, spesialist i indremedisin og lungesykdommer ved Astma og Allergiklinikken i Fredrikstad. Foto: Lene Sjøgaard Gloslie

som er svært fornøyd med årets vårkurs.

– Kurset er veldig bra, med relevante tema for meg som er fersk. Innholdet er variert og godt – og jeg kommer tilbake neste år!

## Usman Afzal

Usman Afzal har vært avtalespesialist i endokrinologi ved Vågen Spesialistsenter i Bergen siden mars 2025. Han kom da fra Haukeland sjukehus, seksjon for hormonsykdommer, der han arbeidet fra 2019 og frem til han gikk inn i avtalepraksis i mars 2025.

– Overgangen til avtalepraksis har betydd mer jobb og mer ansvar, men det er en givende jobb. Jeg setter pris på den direkte kontakten med pasientene, med direkte tilbakemeldinger og mer tid brukt per pasient. Jeg kan fullføre hele pasientforløpet selv, og får en helt annen kontinuitet med pasientene, sier Afzal, som mener avtalepraksis er spesielt gunstig for kronikere.

– Fordelen, og det som er veldig fint med avtalepraksis for min pasientgruppe er at lege og pasient blir kjent med hverandre. Spesielt kronikere, som diabetespasienter, som er i langvarige løp, ønsker seg en fast lege.

Vågen Spesialistsenter ligger sentralt på bryggen i Bergen, og er organisert som en gruppepraksis, med tre endokrinologer, to nevrolog og en nefrolog. Til sammen tar de imot om lag 8 000-10 000 pasienter per år.

Når det gjelder vårkurset, oppgir Afzal at takster var hovedmotivasjonen for å komme.

– Takst er det viktig å lære mer om. Jeg tenker også at det er noen takster vi mangler. For eksempel takst for å avlese insulinpumper, noe som tar tid, men som det ikke finnes takst for det. Ellers er det veldig fint å møte kollegaer, bli kjent med andre endokrinologer og hvordan de jobber.



Usman Afzal, spesialist i endokrinologi ved Vågen Spesialistsenter i Bergen. Foto: Lene Sjøgaard Gloslie

## Tara Gill Angelvik

Tara Gill Angelvik, spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og psykiatri, har funnet veien til Institutt for psykiatri og psykoterapi, som holder til på Torgallmenningen i Bergen. Der inngår hun i en senior-junioravtale som hadde oppstart den 1. januar 2026. Hun er samtidig overlege i 50 % stilling på DPS i Helse Vest ved Haukeland sjukehus.

Avtalepraksisen har en driftsavtale med Betanien sykehus, og er samlokalisert med andre psykiatere og psykologspesialister som har kontor i samme etasje.

– Som junior er det veldig fint å komme til et kontorfellesskap. Der er

det raust og høyt under taket, med god stemning, støtte og kollegaveiledning. Kontorfellesskap anbefales! Det betyr mye å ha gode kollegaer i umiddelbar nærhet. Samarbeidet med senior Jan Wimpelmann er også veldig godt. Vi har hatt gode samtaler og treff underveis i prosessen, som junior var det for eksempel veldig kjekt å få være med på julebordet i kollegafellesskapet allerede før jeg begynte. Han gav nyttige innspill blant annet i forhold til praktiske forhold rundt drift, ikke minst samarbeidet med Betanien DPS, sier Angelvik.

Erfaringene med avtalepraksis så langt er positive, og Angelvik betoner autonomien i avtalepraksis som viktig.

– Jeg opplever en større grad av autonomi i egen praksis, og bedre kontinuitet i eget pasientarbeid, siden jeg ikke opplever samtidighetskonflikter. Det er også min hovedmotivasjon for å velge avtalepraksis. Samtidig erfarer jeg at mine ledere på DPS gjør så godt de kan innenfor de rammene de har.

Om vårkurset sier Angelvik:

– PSL hadde flere relevante tema for oss som er nyetablerte, samtidig er det en fin arena for erfaringsutveksling med andre som har lang erfaring som avtalespesialist.



Tara Gill Angelvik (til høyre), fikk en ekstra hyggelig velkomst som ny PSL-er av president i Legeforeningen, Anne-Karin Rime. Foto: Lene Sjøgaard Gloslie



Fredrik Finsnes, spesialist i lungemedisin fra Stavanger. Foto: Lene Sjøgaard Gloslie

### Fredrik Finsnes

Fredrik Finsnes, spesialist i lungemedisin, begynte som avtalespesialist i 20 % stilling i januar 2026, da han gikk inn i en senior-junioravtale hos Dr. Finsnes i Stavanger. Finsnes har for tiden delvis permisjon fra stillingen som overlege ved lungeavdelingen ved Stavanger Universitetssjukehus (SUS), der han også arbeider ved Allergisenteret.

- Foreløpig jobber jeg fast 20 % i praksisen, og jeg har vikariert der tidligere, så jeg var forberedt på overgangen, men trives tross travle og lange dager. Samtidig byr avtalepraksis på andre utfordringer utover det kliniske arbeidet, sier Finsnes, som har tatt veien til vårkurset for å lære mer om drift i praksis

– Det er viktig å få en god innføring, og jeg ønsker å bruke tiden i senior-junioravtalen til å sette meg inn i de ulike aspektene ved å drifte en praksis. Det er mye som skal læres.

Når det gjaldt vårkurset så langt, halvveis inn i første kursdag, ville Finsnes særlig fremheve Ståle Clemetsens innlegg:

– Det var spesielt bra, og satte fingeren på riktig sted. Sykehus-hverdagen han beskrev var absolutt gjenkjennelig.

### Hanne Berg Gilbo

Den ferskeste av de nye PSL-erne vi snakket med hadde bare to ukers fartstid i avtalepraksis før hun ble med på vårkurset.

Den 7. april overtok Hanne Berg Gilbo en 100 % hjemmel i Arendal Øyelegesenter.

– Jeg var vikar ved øyelegesenteret en dag i uken gjennom ett år før jeg overtok, så jeg hadde god kjennskap til det å arbeide i avtalepraksis, sier Gilbo.

Gilbo har 15 år bak seg ved øyeavdelingen på Sørlandet sykehus i Arendal, fra 2019-2023 som avdelingsoverlege. Bak beslutningen om å gå over til avtalepraksis lå ønsket om en mer autonom hverdag.

– Autonomien i det å kunne styre egen hverdag, og følge pasientene tettere var utslagsgivende, sier Gilbo, som har trådt inn i en gruppepraksis med tre andre øyeleger.

– Vårkurset er veldig nyttig for meg som er ny. Om jeg skal trekke frem noe likte jeg særlig godt, var det foredragene om cybersikkerhet og KI, og fremtiden som ligger foran oss. Det er spennende! Sesjonen med gruppevise møter var også veldig nyttig, og var en arena der vi både blir kjent og kan stille spørsmål til kollegaer innen samme spesialitet. Foredraget om takster var også nyttig, sier Gilbo, som ikke er ny i organisasjonssammenheng.

– Jeg har vært aktiv i Norsk oftalmologisk forening (NOF) i mange år, og har hatt mange verv der. Det å jobbe for fag og pasientflyt engasjerer meg, og det gjør også at man blir godt kjent med kollegaer i øyefaget, avslutter Gilbo.



Hanne Berg Gilbo, fersk avtalespesialist ved Arendal Øyelegesenter. Foto: Lene Sjøgaard Gloslie



# På den sikre siden

I denne spalten ser vi nærmere på aktuelle og relevante temaer innen internkontroll, drift og digitalisering. Her får du faglig innhold, praktiske tips og oppdateringer om regelverk, rutiner og kvalitetsforbedring.

Om du har innspill til saker eller tema som du ønsker å få belyst til neste spalte kan du kontakte: [hilde@trinervis.no](mailto:hilde@trinervis.no)

## Du ble ikke spesialist for å jobbe med HMS

Du gikk ikke inn i spesialistpraksis for å jobbe med internkontroll. Du gjorde det for å behandle pasienter, bruke kompetansen din og ha en faglig meningsfull arbeidshverdag. Likevel sitter du her – med arbeidsgiveransvar, krav til systematikk og et regelverk som ikke forsvinner selv om praksisen er liten.

AV: HILDE KALLEKLEV, TRINNVIS

På vårkurset til PSL snakket vi om lovpålagte krav til internkontroll og HMS. Responsen var ganske gjenkjennelig: Dette oppleves som tungt, lite relevant og tidkrevende. Men i praksis er det ofte enklere – og mer nyttig – enn mange tror.

### Enkelt forklart: dette handler det om

Internkontroll handler i bunn og grunn om én ting: å ha nok oversikt til å drive forsvarlig. Forskriften definerer det som «systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav...».

Oversatt til praksishverdagen betyr det ikke bunker med papir, men at du har tenkt gjennom hvordan ting faktisk fungerer hos deg.

For en avtalespesialistpraksis koker det ofte ned til noen helt grunnleggende spørsmål:

- Har du oversikt over hvilke regler som gjelder for deg?
- Vet de ansatte hva som forventes av dem – og hva de skal gjøre når noe går galt?
- Har dere snakket sammen om arbeidsbelastning, samarbeid og trivsel?
- Har du tenkt gjennom hva som kan gå galt – og hva dere gjør da?

Det er ikke mer komplisert enn dette. Men det må gjøres systematisk, og noe må dokumenteres.

### Små virksomheter – samme ansvar

Mange opplever det som urimelig at små praksiser møter de samme kravene som store virksomheter. Og ja – kravene er de samme. Men omfanget er ikke det. Det er stor

forskjell på et sykehus og en spesialistpraksis med én til tre ansatte.

Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, risiko og kompleksitet. Det betyr at det er lov å gjøre det enkelt – så lenge det er gjennomtenkt.

En enkel risikovurdering kan i praksis være tre spørsmål:

1. Hva kan gå galt?
2. Hva kan vi gjøre for å hindre det?
3. Hva gjør vi hvis det likevel skjer?

Det kan handle om alt fra stikkskader og smitte, til tidspress, krevende pasientsituasjoner eller uklare forventninger i arbeidshverdagen.

### Når noe skjer, må det registreres

Når noe likevel skjer, er det viktig å melde avvik. Ikke for å «ta noen», men for å forebygge at det skjer

igjen. Avvik er en helt sentral del av systematisk HMS-arbeid, og et veldig viktig verktøy for læring og forbedring i praksis. Mange små praksiser registrerer svært få avvik, men ved tilsyn vil det ofte være et spørsmål hvordan man jobber med å fange opp og lære av hendelser som faktisk oppstår.

### Det psykososiale arbeidsmiljøet

Arbeidsmiljøloven stiller krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø – også det psykososiale. For mange små praksiser er dette kanskje noe av det mest relevante, og samtidig det minst systematiserte.

Temaer som:

- arbeidsmengde og tidspress
- emosjonelle belastninger i pasientarbeid
- samarbeid og kommunikasjon
- støtte i arbeidshverdagen

...er ikke «kjekt å ha». De er en del av lovkravet.

I små miljøer merkes dette fort. En konflikt, en overbelastning eller manglende avklaringer kan påvirke hele praksisen – og ofte også pasienttilbudet.

### HMS gjøres best sammen

Et viktig poeng fra vårkurset er at internkontroll og HMS ikke er et soloprojekt. Arbeidstakerne skal medvirke, og i mange tilfeller kan også bedriftshelsetjenesten involveres.

Bedriftshelsetjenesten er ikke forbeholdt «de store» eller «de som har problemer». Den er en faglig støtte i det forebyggende arbeidet – med kartlegging, risikovurderinger, forslag til tiltak og bistand i konkrete situasjoner. Også i små praksiser kan



Ingrid Mjanger Thorsnes, HMS-seniorrådgiver og bedriftssykepleier i MDCO. Foto: MDCO

dette være et nyttig og avlastende samarbeid.

Mange har allerede verktøy og systemer som langt på vei dekker kravene. Trinnavvis ble utviklet i samarbeid med Legeforeningen nettopp for å gjøre det enklere og mer effektivt for legepraksiser å jobbe systematisk og kontinuerlig med HMS, kvalitet og datasikkerhet – samtidig som man etterlever lovpålagte krav.

Utfordringen er at det ikke blir tatt aktivt i bruk i hverdagen. Da fremstår HMS fort mer omfattende og komplisert enn det egentlig er.

### Men HMS er også en del av jobben

Internkontroll og HMS blir ofte oppfattet som noe man må gjøre for

å oppfylle krav. Det er forståelig – og på mange måter riktig. Men den reelle verdien ligger et annet sted: i en tryggere og mer veldrevet praksis.

Du ble kanskje ikke spesialist for å jobbe med HMS. Men når HMS prioriteres og tas i bruk i hverdagen, sparer det tid – tid som kan brukes på å være spesialist.

### Sitat fra vårkurset

Ingrid Mjanger Thorsnes, HMS-seniorrådgiver og bedriftssykepleier i MDCO:

«De fleste små praksiser har mer på plass enn de tror, det er bare ikke alltid satt i system. Når vi får struktur på det som allerede gjøres, blir HMS mindre et krav og mer et nyttig verktøy i hverdagen.»



Foto: Marek Studzinski, Unsplash

# Overgangen til ICD-11 i Norge

Dagens diagnosekodeverk ICD-10 er i ferd med å byttes ut med ICD-11, som er medisinsk oppdatert, digitalt tilrettelagt og utviklet for moderne journalsystemer. Dette vil få stor betydning for pasienter, helsepersonell, systemleverandører og beslutningstakere.

KILDE: HELSEDIREKTORATET.NO

Det er WHO som eier og forvalter den internasjonale utgaven av ICD-11, mens Helsedirektoratet leder arbeidet og har ansvar for den norske oversettelsen, publisering og teknisk tilgjengeliggjøring. Overgangen til



Skann QR-koden for å lese mer om overgangen til ICD-11 på [helsedirektoratet.no](https://helsedirektoratet.no).

nytt diagnosekodeverk kommer etter over 25 år med ICD-10.

## Hvorfor går Norge over til ICD-11

ICD-10 har vært i bruk siden slutten av 1990-tallet og gjenspeiler ikke alltid dagens medisinske kunnskap og praksis. WHO har anbefalt alle medlemsland å ta i bruk ICD-11. I likhet med de fleste andre medlemsland, er Norge forpliktet til å rapportere helsedata basert på den nyeste versjonen internasjonalt.

ICD-11 skal blant annet kunne gi mer presise diagnoser, støtter

bedre digital samhandling og kan bidra til forbedret helseovervåkning (sykdomsutbrudd, antibiotikaresistens m.m.), forskning, statistikk og styring. Overgangen fra ICD-10 til ICD-11 er nødvendig for å sikre et moderne og oppdatert kodeverk som fungerer i dagens helsetjeneste.

## Hva er nytt med ICD-11

Overgangen til ICD-11 handler ikke bare om å bytte kodeverk, men å ta i bruk et system som bedre støtter dokumentasjon, samhandling og kvalitetsarbeid i helsetjenesten – nasjonalt og internasjonalt.

## Oppdatert innhold og struktur

ICD-11 inneholder nye kapitler og koder som har vært etterspurt av fagmiljøene, blant annet innen immunologi, søvn, seksuell helse og psykiske lidelser. Eksempler på nye kapitler er Diseases of the immune system, Sleep-wake disorders og Conditions related to sexual health. Det er også lagt til koder for tilstander som tidligere ikke har hatt egen plassering, som Complex post-traumatic stress disorder, Gaming disorder og Prolonged grief disorder.

## Flere og mer presise koder

ICD-11 har en ny kodeoppbygning der både kodeverdier og struktur er endret. Dette gjør det mulig å utvide og spesifisere kodeverket. Koder kan kombineres for å gi mer presis informasjon om blant annet alvorlighetsgrad, agens, årsak, lokasjon eller egenskaper ved en tilstand.

## Bedre støtte for digital bruk

ICD-10 ble opprinnelig utgitt i papirformat, mens ICD-11 ble utviklet for heldigital bruk og forvaltning. WHO har lansert egne verktøy for å søke, registrere og kombinere koder: Browser (who.int) og Coding Tool (who.int). I tillegg finnes opplæringsmaterieell og teknisk dokumentasjon som tilrettelegger for implementering i kliniske systemer. Ved å registrere en brukerkonto på WHO.int, kan man lese og legge til forslag til endringer for de ulike diagnosene.

## Høyere datakvalitet og bedre statistikk

Med mer oppdatert innhold og mulighet for presis koding, gir ICD-11 bedre grunnlag for helsestatistikk,

både nasjonalt og internasjonalt. Det gjør det også lettere å følge utviklingen av nye tilstander og sjeldne diagnoser, og kan gi pasienter en mer dekkende beskrivelse av egen helsetilstand.

## Hva betyr dette for de enkelte målgruppene?

### Pasienter og brukere

- Diagnoser og beskrivelser som i større grad gjenspeiler dagens sykdomsoppfatning
- Bedre grunnlag for tilpasset behandling og vurdering av rettigheter
- Økt transparens og forståelse av egen helsetilstand

### Helsepersonell

- Får tilgang til et mer presist og fleksibelt kodeverk
- Mulighet for bedre støtte i digitale verktøy og systemintegrasjon
- Mulighet til å kode mer i tråd med klinisk praksis
- Forvaltning og beslutningstakere
- Bedre grunnlag for pålitelig styringsinformasjon for folkehelse, ressursallokering og helseplanlegging
- Mulighet for mer presis rapportering til WHO og internasjonale aktører
- Bedre sammenlignbarhet mellom nasjonale og internasjonale data
- Publikum har enkel tilgang til påvirkning gjennom WHOs plattform

### Forskere og fagmiljø

- Muliggjør mer detaljerte og konsistente helsedata
- Legger til rette for global epidemiologisk forskning og kvalitetsovervåking

- Muligheter for samspill med andre kodeverk og terminologier

## Prosjekt og planer

Et prosjekt for overgangen til ICD-11 i Norge ble etablert i 2024, og vil pågå over flere år. Overgangen kan kreve både tekniske, faglige og organisatoriske endringer i helsesektoren og andre involverte aktører.

Sektorens aktører har ansvar for selve innføringen av kodeverket. Det innebærer å tilpasse egne systemer og prosesser, sørge for opplæring internt, og sikre at ICD-11 blir integrert i klinisk praksis og administrasjon. Målet er at ICD-11 kan tas i bruk i løpet av 2028–29, basert på tett samarbeid mellom helseforetak og sentrale myndighetsaktører.

## Småskalautprøving

DPS Arendal og Nidaros DPS gjennomfører i samarbeid med Helsedirektoratet en småskalautprøving for å erfare hvordan ICD-11 kan brukes for fagområdet personlighetsforstyrrelser. Dette er et av fagområdene hvor betydelige faglige endringer reflekteres i ICD-11.

Utprøvingen vil ta for seg både testing av den norske oversettelsen, ICD-11-koding i praksis og bruk av WHO's søke og oppslagsverktøy. Målet er kun å identifisere barrierer og suksessfaktorer for fremtidig oppskalering. Arbeidet gir verdifull innsikt i hva som kreves av systemstøtte, opplæring og prosessendringer. Under utprøvingen vil registrering i pasientens journal fortsatt følge gjeldende regler der koding av diagnoser fortsatt benytter ICD-10.



Foto: Pawel Czerwinski, Unsplash

# HACKING, KI OG SMARTERE ARBEIDSFLYT: Høydepunktene fra Infobruk-konferansen 2026

Den 5. og 6. februar gikk årets Infobruk-konferanse av stabelen, og programmet var spekket med brennaktuelle e-helsetemaer for brukerne av EG Infodoc. Årets konferanse bar preg av en digital hverdag i rask endring, med et særlig fokus på sikkerhet, kunstig intelligens og sømløse digitale løsninger.

AV: SVEIN OVE SEMB, ØYELEGE, DR. MED., BLIKK ØYEKLINIKK AS

## Datasikkerhet og juss i EPJ

Et av hovedtemaene første dag var den økende trusselen rundt datasikkerhet. Hacking, phishing og løsepengevirus er en reell trussel i legehverdagen, og det ble satt fokus på hvilket ansvar hver enkelt har, og hvilke sikkerhetstiltak som må på plass på kontoret.

I forlengelsen av dette ble det et dypdykk i jussen rundt elektronisk pasientjournal (EPJ). Hvor går egentlig grensen mellom lovlige oppslag og snoking? Andre sentrale temaer var håndtering av barns og unges journaler, krav til taushetsplikt i moderne skyløsninger, og rammene for sletting og retting av journal-notater.

## Kunstig intelligens gjør sitt inntog

Kunstig intelligens (KI) var en rød tråd gjennom flere av foredragene. Felleskatalogen delte sine erfaringer med bruk av KI for å formidle legemiddelinformasjon og tilby beslutningsstøtte direkte i pasientbehandlingen. Deltakerne fikk også demonstrert hvordan verktøy som Phrase expander og smarte snarveier kan effektivisere arbeidshverdagen betydelig.

Også Infodoc selv kom med spennende KI-nyheter for fremtiden, inkludert tale-til-notat, diktering

og KI-genererte journal-sammendrag som kan hente ut essensen fra både egen EPJ og PDF-er fra andre leger.

## Nye verktøy for en enklere klinisk hverdag

Konferansen ga i tillegg et etterlengtet innblikk i nye, praktiske verktøy som rulles ut:

Digitalt helsekort for gravide: Løsningen er endelig digitalisert, komplett med integrert beslutningsstøtte og automatiske uttrekk.

Ny nasjonal medikasjonsmodul: En helt ny modul innføres i 2026. Denne er tettere integrert med Pasientens legemiddelliste (PLL), og tilbyr automatisk beregning av pakningsstørrelser og automatisk innhenting av historikk.

## HelseNorge og HELFO

Det ble gitt praktiske råd om utnyttelse av HelseNorge, samt en svært nyttig gjennomgang fra Legeforeningens advokater om hvordan man best håndterer HELFO-kontroller og unngår tilbakebetalingskrav.



Svein Ove Semb, øyelege, dr. med., Blikk øyeklinikk AS.  
Foto: Privat

Gjennom to dager med faglig påfyll og de tradisjonsrike "gullkornene" fra erfarne brukere, bekreftet årets konferanse at verktøykassen vår blir stadig mer avansert. Samtidig understreket programmet at fokuset alltid må ligge på trygg pasientbehandling, solid personvern og en smidig arbeidsflyt.

# OVERSIKT TILLITSVALGTE

## STYRET OG SEKRETARIATET I PSL

### **Leder**

Yngvild Skåtun Hannestad

### **Medlem**

Morten Mangersnes

### **Medlem**

Tor Øivind Grøndahl

### **Sekretariatsleder**

Pål Alm-Kruse

### **Nestleder**

Stein Helge Glad Nordahl

### **Medlem**

Erik Waale Næss

### **Medlem**

Ellen Jaatun

### **Sekretær**

Anna Sundberg

### **Medlem**

Alexandros Lazaros Stefou

## LANDSRÅDET – LOKALTILLITSVALGTE (2025–2027)

### **Akershus**

Frøydis Olafsen  
Martin Ystad (vara)

### **Hordaland**

Barbra Rogge  
Vibeke Huun Birkeland  
(vara)

### **Oslo**

Even Holt  
Geir Slapø (vara)  
Heidi Husby (vara)

### **Telemark**

Vakant

### **Aust-Agder**

Erlend Sødal  
Heidi Rolke (vara)

### **Møre og Romsdal**

Erik Dyb Liaaen  
Kristine Lund-Hanssen  
(vara)

### **Rogaland**

Siren Hægeland  
Ida Gummedal (vara)

### **Troms/Finnmark**

Morten Mangersnes  
Eivind Bjerkås (vara)

### **Buskerud**

Siegfried Wenus

### **Nordland**

Anne Karin Forshei

### **Sogn og Fjordane**

Barbra Rogge  
Vibeke Huun Birkeland  
(vara)

### **Vest-Agder**

Anne Hjørdis Lindtner  
Noraas  
Gunvald Eivindson (vara)

### **Hedmark**

Margrethe E. Kjølseth  
Fredrik Eng (vara)

### **Nord-Trøndelag**

Anders Prestmo

### **Sør-Trøndelag**

Anders Prestmo  
Tone Dorthe Sletten (vara)

### **Vestfold**

Johanna Molin

### **Østfold**

Kristian Bjørgul  
Alexandros Stefou (vara)

## TAKSTUTVALGET PSL (2025–2027)

### **Anestesiologi:**

Gisle Granhus

### **Hudsykdommer**

Lena Oleana Myhre

### **Psykatri**

Sivi Elisabeth  
H. Rosendahl

### **Øyesykdommer**

Alexander Skau

### **Barnesykdommer**

Martha Gravelseth

### **Indremedisin**

Jon Andrew Hardie

### **Revmatologi**

Ellen Sauar Norli

### **Neurologi**

Karen Herlofsen

### **Fødselshjelp- og kvinnesykdommer**

Morten Mangersnes

### **Kirurgi/urologi**

Kristian Bjørgul

### **Øre-nese-halssykdommer**

Robby Roarsen

### **Norsk gastroenterologisk forening**

Georg Gjorgji Dimcevski

For kontaktopplysninger, se nettsiden.



# BESKYTT ELDRE OG PERSONER I RISIKOGRUPPER<sup>1</sup>

▼ CAPVAXIVE<sup>®</sup> er en ny pneumokokkvaksine for voksne inkludert i de nasjonale anbefalingene.<sup>1</sup>



Norske overvåkingsdata fra 2015–2023 viste forskjeller mellom serotypene hos personer over 65 år og serotypene som inngår i de nå tilgjengelige pneumokokkvaksinene.<sup>3</sup>

Indikasjon for CAPVAXIVE<sup>®</sup> er forebygging av invasiv sykdom og pneumoni forårsaket av Streptococcus pneumoniae hos personer 18 år og eldre.<sup>2</sup>



Skann QR-koden for å lese mer om CAPVAXIVE<sup>®</sup> (PKV21)

**Bivirkninger:** De vanligste bivirkningene etter vaksiner er lokale reaksjoner som smerte på injeksjonsstedet, tretthet, hodepine og myalgi. De fleste bivirkninger var milde til moderate og forbigående (≤3 dager). Alvorlige hendelser forekom hos ≤1 % av voksne.<sup>2</sup> Hyppigheten og typen bivirkninger kan variere med alder og tidligere vaksinasjonsstatus.<sup>2</sup>

**Dosering:** Én enkel dose (0,5 ml) administreres intramuskulært.<sup>2</sup>

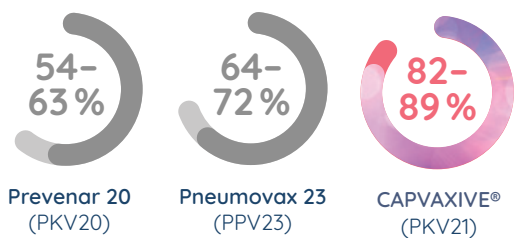
\*Behovet for revaksinerings med en påfølgende dose CAPVAXIVE<sup>®</sup> (PKV21) er ikke fastslått.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor virkestoffene eller noen av hjelpestoffene.<sup>2</sup>

**Bruk hos spesielle pasientgrupper:** Sikkerhet og effekt hos personer under 18 år er ikke fastslått.<sup>2</sup> Data for bruk under graviditet og amming er begrensete.

**Produktinformasjon:** CAPVAXIVE<sup>®</sup> (PKV21) pneumokokkonjugatvaksine, 21-valent, Reseptpliktig legemiddel. Pakninger: Ferdigfylt sprøyte, 1 x 0,5 ml. Maksimal utsalgspris AUP 1 369 NOK. Reseptgruppe: C

## Beregnet serotypedekning (%) for perioden 2015–2023\*



Disse tre vaksinene er inkludert i anbefalingene

### Referanser:

- FHI.no [Internet]. Folkehelseinstituttet. 2026 cited 2026 Jan 14]. Available from: <https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/pneumokokkvaksinasjon/>
  - CAPVAXIVE<sup>®</sup> (PKV21) – preparatomtale. Publisert 31.03.25. Tilgjengelig fra: [ema.europa.eu](https://ema.europa.eu)
  - Tidsskriftet for Den norske legeforening, Berild JD, Kristoffersen AB, Winje BA. Invasiv pneumokokksykdom i Norge 2004–23 og valg av vaksiner til eldre. Tidsskr Nor Legeforen. 2025;145. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2025/03/originalartikkel/invasiv-pneumokokksykdom-i-norge-2004-23-og-valg-av-vaksiner-til-eldre>
- \*Verdien er basert på epidemiologiske data fra Berild et al. (2025)<sup>3</sup> og gjenspeiler ikke effekten til de respektive vaksinene. Det finnes for øyeblikket ingen studier som sammenligner effekten til CAPVAXIVE<sup>®</sup> (PKV21), Prevenar 20 (PKV20) og Pneumovax 23 (PPV23)